

19IRP356 RBP DT2 CONSULTATION DU GROUPE DE LECTURE (GL)

Rapport de cotation Analyse présentée par question

Phase de lecture : 07/12/2023 au 04/01/24, prolongation au 07/01/24

Résultats de la consultation :

- 108 experts sollicités,
- 76 questionnaires validés
- Taux de participation 70.4%

Modalité de la consultation et cotation

- Question : oui/non
- Questions échelle Lickert 1 à 9 + 10 « je ne peux pas répondre », avec

Valeur de cotation	Libellé
1	Désaccord total
9	Accord total
10	je ne peux pas répondre

L'analyse est effectuée sur l'ensemble des questionnaires validés.

Rappel sur les règles d'analyse par les membres du GT pour la rédaction de la version finale des recommandations (extraits du guide RPC)

La version finale des recommandations est rédigée au cours d'une réunion du groupe de travail (voire deux, si nécessaire).

Afin de faciliter la conduite de réunion, le président du groupe de travail et le chef de projet peuvent préparer les modifications, en particulier de forme, en amont de la réunion.

Après analyse et discussion des cotations et commentaires du groupe de lecture, les recommandations initiales sont modifiées selon les règles suivantes :

Recommandations fondées sur un niveau de preuve élevé (grade A ou B) :

- Prise en compte des commentaires pertinents pour améliorer la forme ;
- Modifications sur le fond, s'il y a lieu, en fonction des données fournies avec modification du grade de la recommandation si nécessaire ;

Recommandations fondées sur un faible niveau de preuve (grade C) ou sur un accord d'experts :

- Lorsque le groupe de lecture confirme le caractère approprié de la recommandation (≥ 90 % des réponses du groupe de lecture dans l'intervalle [5 – 9]), la recommandation est conservée et les commentaires pertinents sont pris en compte pour améliorer la forme ;
- Lorsque le groupe de lecture est plus largement indécis ou en désaccord avec la recommandation initiale (< 90 % des réponses du groupe de lecture dans l'intervalle [5 – 9]), le groupe de travail discute de la pertinence des commentaires et modifie s'il y a lieu la recommandation.

Absence de consensus

Si les débats en réunion font apparaître des divergences de points de vue, un vote en séance du groupe de travail doit confirmer l'abandon ou la formulation finale de la recommandation modifiée.

Sommaire

I. Préambule

II. Généralités sur la prise en charge globale du patient DT2 (R.1 à R.8)

III. Stratégie de prises en charge non médicamenteuses (R.9 à R.25)

III.1- Lutte contre la sédentarité, activité physique et activité physique adaptée (R.12 à R.31)

III.2- Prise en charge nutritionnelle (R.32. à R.39)

III.3- Education thérapeutique et/ou accompagnement thérapeutique (R.40 à R.45)

IV. Stratégie de prise en charge médicamenteuse (population générale) (R.46 à R.92)

IV.1- Généralités sur la PEC médicamenteuse (R.46 à R.58)

IV.2- Recommandations PEC médicamenteuse en mono et bithérapie (R.59 à R.76)

IV.3- Recommandations PEC médicamenteuse en trithérapie et/ou insulinothérapie (R.77 à R.92)

V. Stratégie de prise en charge pour des populations particulières (R.93 à R.141)

V.1-Personne âgée de plus de 75 ans (R.93 à R.109)

V.2-Personne obèse avec un IMC supérieur à 35 (R.110 à R.122)

V.3-Personnes avec insuffisance cardiaque (R.123 à R.126)

V.4-Personnes avec maladie cardiovasculaire avérée (R.127 à R.129)

V.5-Patients avec une maladie rénale chronique (R.130 à R.132)

V.6-Femmes enceintes ou envisageant de l'être (R.133 à R.141)

I. Préambule

Le diabète de type 2 (DT2), est une maladie chronique métabolique, qui se caractérise par l'association d'une carence insulinaire dont témoigne un excès durable de la concentration de glucose dans le sang, appelé hyperglycémie et d'une insulino-résistance.

Le DT2 est souvent marqué cliniquement par un syndrome métabolique, un surpoids ou une obésité, des antécédents familiaux de diabète fréquents, des antécédents obstétricaux (diabète gestationnel, macrosomie). En cas de présentation atypique, il faut évoquer tout autre type de diabète (DT1, secondaire, monogénique).

Selon les recommandations de bonne pratique en cours, le diabète de type 2 est défini par : - une glycémie supérieure à 1,26 g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises; - ou la présence de symptômes de diabète (polyurie, polydipsie, amaigrissement) associée à une glycémie (sur plasma veineux) supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l) ; - ou une glycémie (sur plasma veineux) supérieure ou égale à 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une charge orale de 75 g de glucose (critères proposés par l'Organisation mondiale de la santé).

Le diabète de type 2 conduit à des complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie) et macrovasculaires (cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque non ischémique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs et accident vasculaire cérébral ischémique, etc).

La prise en charge du patient atteint d'un diabète de type 2 a pour objectif de réduire la morbi-mortalité, notamment par un contrôle glycémique correct, la prévention, le dépistage et le traitement de ses complications vasculaires et rénales ainsi que l'amélioration de la qualité de vie du patient.

Actualisation 2023

Les objectifs de cette fiche mémo sont d'actualiser les recommandations « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 » émises en 2013 et de se voir prolonger par l'actualisation du parcours de soins sur la prise en charge des adultes atteints de diabète de type 2.

Les principaux enjeux de cette actualisation sont :

- l'intégration de thérapeutiques non médicamenteuses dans une prise en charge globale du patient diagnostiqué avec un DT2;
- l'actualisation des recommandations sur la stratégie thérapeutique intégrant les données diffusées postérieurement aux recommandations de 2013 ;
- préparer l'actualisation du parcours de soins du diabète de type 2 de l'adulte de 2014 (qui interviendra ensuite 2024). Cette mise à jour ne concerne pas les recommandations portant sur la définition des objectifs glycémiques ou la place de l'autosurveillance glycémique qui restent maintenues selon les recommandations de bonnes pratiques en cours (voir annexe pour rappel). Elle ne porte pas sur le volet médicoéconomique de la prise en charge du patient diabétique.

Intégration des travaux HAS les plus récents

Les recommandations de bonne pratique RBP 2023 intègrent les travaux récents de la HAS en lien avec la thématique et s'y réfèrent le cas échéant (voir liste non exhaustive en annexe). Si besoin les recommandations pourront les compléter.

Populations concernées

Ces RBP portent sur la prise en charge globale (intégrant les volets non médicamenteux et médicamenteux) du patient diagnostiqué diabétique DT2, en 1ère ligne, 2ème ligne, 3ème ligne. Les populations concernées sont :

- Population générale
- Certaines populations spécifiques avec une particularité de prise en charge :
 - chez la personne âgée de plus de 75 ans,
 - chez la personne obèse avec un IMC supérieur à 35 ;
 - chez la personne présentant une maladie rénale chronique ;
 - chez la personne présentant une insuffisance cardiaque ;

--chez la personne présentant une maladie cardiovasculaire avérée ;

--chez la femme enceinte (ou envisageant de l'être)

Professionnels concernés Médecine généralistes, médecins spécialistes endocrinologue diabétologue nutritionniste (EDN), et tout professionnel qui prend en charge les patients diabétiques DT2 en ville ou dans le cadre des établissements de soins publics ou privés.

Avertissement

Comme lors des précédentes recommandations « Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 » émises en 2013, les critères de jugement et les objectifs thérapeutiques, incluant les critères de suivi sont un point central dans les discussions entre les experts du domaine. En effet, bien qu'aucune corrélation n'ait démontré le lien entre la réduction de l'HbA1c et l'amélioration de la morbi-mortalité, les études portant sur la variation de ce critère de jugement biologique intermédiaire, constituent toujours le socle des études fournies pour l'obtention de l'AMM. Toutefois, et en complément, les résultats d'études sur des critères de jugement cardiovasculaires ont été générées et sont désormais disponibles pour les classes les plus récentes, à savoir les gliptines, les analogues du GLP1 et les gliflozines. Ces données ont pour conséquences des évolutions importantes dans la PEC médicamenteuse retenues par les plus récentes RBP internationales.

Hémoglobine glyquée HbA1C

L'utilisation du critère HbA1c, comme critère intermédiaire avait déjà été discutée pendant l'élaboration de la RBP HAS en 2013 et avait conduit à de fortes discussions au sein du précédent groupe d'experts et à l'élaboration de recommandations majoritairement basées sur un accord d'expert (AE). En effet, il est discuté que même si l'HbA1c est un facteur pronostique bien corrélé au risque de complications, les critères de jugements intermédiaires (comme d'autres car non spécifiques au domaine de la diabétologie), exposent notamment à 2 écueils principaux : -i) s'assurer que le bénéfice du traitement sur le critère intermédiaire est effectivement corrélé à un bénéfice clinique (résultats contrastés et parfois contradictoires des études d'intensification dans le diabète de type 2), -Et ii) ne permet pas de capturer les risques iatrogènes par ailleurs des thérapeutiques utilisées pour traiter le critère intermédiaire (exemple des effets indésirables au-delà des hypoglycémies dans l'histoire du traitement du diabète de type 2).

Objectifs glycémiques et prévention des complications cardiovasculaires et rénales

Les objectifs glycémiques définis dans les précédentes RBP restent inchangés et se basent sur les RBP en cours. - L'objectif glycémique doit être individualisé en fonction du profil des patients et peut donc évoluer au cours du temps. - Pour la plupart des patients diabétiques de type 2, une cible d'HbA1c inférieure ou égale à 7 % est recommandée. Le traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si l'HbA1c est supérieure à 7 %. Les membres du GT ont convenu que le taux HbA1c est maintenant mis en parallèle avec des événements et complications cardiovasculaires et/ou rénales, en particulier dans de récentes RBP. Les traitements utilisés dans le DT2 ont pour objectif de baisser le taux d'HbA1c mais à HbA1c constant, l'efficacité des traitements sur la prévention des événements cardiovasculaires/rénaux ne sont pas identiques selon la molécule choisie. Le groupe a rappelé qu'au-delà de l'effet commun de baisse de l'HbA1c, certains traitements récents ont des effets propres protecteurs cardio-vasculaires et rénaux qui peuvent être considérés dans le choix thérapeutique. Dans ce sens, en raison de la qualité méthodologique de niveau souvent « faible à modérée » des métaanalyses et/ou d'études incluses dans les métaanalyses, il pourra être élaboré par les membres du GT des recommandations en vue de proposer des recherches cliniques futures manquantes ; il s'agira d'assurer une plus-value supplémentaire à ces travaux. En effet, certaines questions majeures n'ont pas encore de réponse par des données probantes de haut niveau de preuve (par exemple le traitement pharmacologique de 1ère intention chez les patients n'ayant pas d'indication spécifique des médicaments à haut niveau de preuve déjà rapporté). Ces recommandations pour la recherche clinique pourront asseoir la justification d'études afin d'apporter des réponses de haut niveau de preuve aux questions non résolues par l'état de l'art actuel. Par ailleurs, selon le GT, il est recommandé d'évaluer régulièrement les traitements de la prise en charge, de les adapter, selon les résultats obtenus sur les objectifs définis avec le patient (contrôle glycémique, prévention et/ou traitements des complications), leur évolution et en cas d'hypoglycémie et/ou effets indésirables. Il doit pouvoir être envisagé un arrêt

ou une désescalade des traitements, selon les situations et si les objectifs sont atteints ou la situation normalisée.

Une démarche globale centrée sur le patient

Le diabète est une pathologie chronique multifactorielle et évolutive. La prise en charge du patient diabétique est aussi plurielle et doit être réévaluée régulièrement dans toutes ses composantes : modifications thérapeutiques du mode de vie (programme nutritionnel, activité physique, etc.), éducation thérapeutique, et traitements médicamenteux. L'objectif thérapeutique doit être individualisé en fonction du profil des patients avec un DT2 (populations générale ou plus spécifique, présence ou non de comorbidités et de facteurs de risque cardio-vasculaire, complications du diabète etc) et peut donc évoluer au cours du temps. Une éducation thérapeutique et la mise en place de mesures de modification thérapeutique du mode de vie (programme nutritionnel, activité physique/activité physique adapté, lutte contre la sédentarité, etc..) efficaces est un préalable indispensable à la mise en place d'un traitement médicamenteux et leur application doit être poursuivie tout au long de la prise en charge. Dans le cadre d'une prise en charge personnalisée et individualisée du patient avec un DT2, l'éducation thérapeutique ou son accompagnement est indispensable à la prise en charge des patients diabétiques de type 2.

La stratégie thérapeutique du patient avec un DT2 est multifactorielle et repose sur un ensemble d'éléments à considérer pour définir une démarche centrée sur le patient : l'objectif d'HbA1c ciblé, les antécédents et la prévention des complications cardiovasculaires et rénales, l'efficacité attendue des traitements, leur tolérance, leur sécurité, leur coût ainsi que sur les préférences du patient. Elle implique la prise en compte du profil du patient (prise en compte de ses besoins, situation, préférences, acceptabilité) et les caractéristiques de l'antidiabétique envisagé (indications et contre-indications, efficacité sur le taux d'HbA1c, risque d'hypoglycémie, effet sur le poids, effets secondaires, modalités d'administration, etc..) lors du choix d'une classe thérapeutique déterminée. Tout au long de la prise en charge, de manière régulière et à chaque changement de traitement, il est nécessaire de reconsidérer le maintien ou l'arrêt de la stratégie médicamenteuse (efficacité, tolérance, préférences du patient) et d'assurer l'accompagnement thérapeutique du patient, sa connaissance, et son adhésion (en particulier lors du passage à un traitement injectable).

Proposition 1

Avez-vous des commentaires sur la partie « préambule » ?

Valeurs manquantes : 0

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	35	41

Expert	Commentaires
Expert 1	Je propose de mettre au premier plan l'objectif de réduction du risque de complications cardiovasculaires et rénales suivant les recommandations récentes
Expert 4	"chez la personne obèse" à remplacer par "chez la personne présentant une obésité" pour être dans la même formulation que les autres maladies sinon cela est stigmatisant. Plus globalement la formulation "patient diabétique" devrait être évitée à travers tout le texte et remplacée par "personne vivant avec un diabète" ou à défaut "patient vivant avec un diabète". "ont des effets propres protecteurs cardio-vasculaires et rénaux qui peuvent être considérés dans le choix

	thérapeutique." je suis surpris du "peuvent", il m'aurait semblait que "qui doivent" soit plus approprié. Il n'y a pas un mot sur le psycho-social !
Expert 5	Pas de difficultés majeures. Un point sur l'éducation thérapeutique. Il est précisé qu'elle est "un préalable indispensable". Dans la pratique, ce n'est pas toujours possible pour des raisons diverses qui peuvent être très variable et notamment pour les personnes âgées. Il faut peut-être le préciser.
Expert 8	plutôt que personne obèse, utiliser le terme "personne en obésité" les modifications thérapeutiques du mode de vie font partie de l'éducation thérapeutique rien sur l'intérêt du recours à l'HbA1c dans le diagnostic du DT2 ?
Expert 9	définition du diabète : préciser glycémie > 2 g/l non à jeun HbGlyc > 6.5 ? les risques iatrogènes : sous estimés et identifiés dans le texte des recos !
Expert 11	Comme souligné dans le préambule, les objectifs glycémiques ne sont pas détaillés, cependant une annexe y fait référence. Pourriez-vous préciser les références des seuils utilisés ? De manière plus général, est-ce que la prise de position de la SFD sur les objectifs glycémiques et sur la stratégie thérapeutique du DT2 publiée en décembre 2023 sera - t- elle prise en compte ? Faute d'orthographe Une éducation thérapeutique et la mise en place de mesures de modification thérapeutique du mode de vie (programme nutritionnel, activité physique/activité physique adapté, lutte contre la sédentarité, etc..) efficaces SONT un préalable indispensable ...
Expert 13	Il faudrait mentionner les déterminants sociaux de santé dans cette partie, qu'ils apparaissent à un endroit. On ne peut pas prendre en charge ni dire les mêmes choses à patient selon son origine sociale privilégiée ou défavorisée. Ils n'ont pas les mêmes ressources, le même niveau d'étude ou de littératie en santé, les termes à employer et les objectifs ne seront pas les mêmes, etc.
Expert 15	La partie avertissement et la partie initiale HbA1c avec les points i et ii ne sont pas présentées de façon ultra claire et pourraient gagner en lisibilité en étant fusionnées et simplifiées.
Expert 20	Désaccord sur les objectifs glycémiques : on peut envisager d'aller chercher une cible à 6,5% chez beaucoup de patients grâce aux nouveaux traitements ne provoquant pas d'hypoglycémies; par ailleurs, la cible de 8% en cas de maladie cardiovasculaire, issue de la vieille étude ACCORD, est bien trop laxiste au regard des données de la littérature avec les traitements modernes Cette partie doit être entièrement revue et remise à jour
Expert 24	Le diabète de type 2 (DT2), est une maladie chronique métabolique, qui se caractérise par l'association d'une insulino-résistance et d'une carence insulinaire dont témoigne un excès durable de la concentration de glucose dans le sang, appelé hyperglycémie. Le DT2 est souvent marqué cliniquement par un syndrome métabolique, un surpoids ou une obésité, des antécédents familiaux de diabète fréquents, des antécédents obstétricaux (diabète gestationnel, macrosomie) ou des antécédents de diabète liés à un traitement médicamenteux (corticothérapie). En cas de présentation atypique, il faut évoquer tout autre type de diabète (DT1, secondaire, monogénique). https://doi.org/10.1016/j.actpha.2014.10.004 La prise en charge du patient diabétique est aussi plurielle et doit être réévaluée régulièrement dans toutes ses composantes : bi-psycho-socio-éducative : adaptation à la maladie, acceptation, difficultés sociales, modification du mode de vie (programme nutritionnel, activité physique, etc..), éducation thérapeutique (littératie en santé), et traitements médicamenteux.

	L'accompagnement du patient vers une augmentation de son niveau de littératie en santé (capacités des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations nécessaires à la prise de décisions pertinentes pour le maintien en bonne santé), Une éducation thérapeutique et la mise en place de mesures de modification thérapeutique du mode de vie (programme nutritionnel, activité physique/activité physique adapté, lutte contre la sédentarité, etc..) efficaces est un préalable indispensable à la mise en place d'un traitement médicamenteux et leur application doit être accompagnée et poursuivie tout au long de la prise en charge. DEBUSSCHE Xavier, BALCOU-DEBUSSCHE Maryvette, « Analyse des profils de littératie en santé chez des personnes diabétiques de type 2 : la recherche ERMIES-Ethnosocio », Santé Publique, 2018/HS1 (S1), p. 145-156. DOI : 10.3917/spub.184.0145. URL : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-HS1-page-145.htm La stratégie thérapeutique du patient avec un DT2 est multifactorielle et repose sur un ensemble d'éléments à considérer pour définir une démarche centrée sur le patient : le profil de la personne, ses capacités de compréhension, d'application de la prescription, son adhésion thérapeutique, l'objectif d'HbA1c ciblé, les antécédents et la prévention des complications cardiovasculaires et rénales, l'efficacité attendue des traitements, leur tolérance, leur sécurité, leur coût. Elle implique la prise en compte du profil du patient (prise en compte de ses besoins, situation, préférences, acceptabilité) et les caractéristiques de l'antidiabétique envisagé (indications et contre-indications, efficacité sur le taux d'HbA1c, risque d'hypoglycémie, effet sur le poids, effets secondaires, modalités d'administration, etc..) lors du choix d'une classe thérapeutique déterminée.
Expert 26	ligne 3 manque un accent sur diabète Professionnels concernés : accord inadapté sinon plein accord
Expert 28	non, c'est clair pour moi
Expert 32	Je suis d'accord avec le fond mais des précisions/corrections doivent être apportées et de nombreux points, voire paragraphes entiers, doivent être repris sur la forme. Quelques points à revoir dans l'ordre d'apparition (liste non exhaustive tant l'écriture doit être améliorée) : Page 6 : - Dans les mécanismes physiopathologiques, citer l'insulinorésistance avant la notion de carence en insuline. - Définition du diabète : préciser glycémie (sur plasma veineux) pour le premier tiret. - Parmi les complications, pourquoi ne pas citer ici les complications émergentes : en particulier hépatopathies métaboliques et cancers (qui sont évoqués plus tard dans les recommandations) - Pour l'ensemble du texte : éviter les termes "patient diabétique" ou "patient DT2", trop stigmatisants (les associations de patients y sont très sensibles). A remplacer par "patient/personne atteint(e) de DT2" ou "patient avec DT2" (la traduction du terme utilisé par les anglosaxons est "patient vivant avec un DT2", mais probablement un peu "lourd" pour une utilisation dans l'ensemble du texte). Page 7 : - en 1ère / 2ème / 3ème ligne : pas clair, à préciser (ligne d'intervention ?) - "Aucune corrélation n'ait été démontré le lien entre la réduction de l'HbA1c et l'amélioration de de la morbi-mortalité" : à préciser +++. Effectivement, pas de démonstration de l'effet favorable d'une intervention visant un meilleur contrôle glycémique sur la mortalité et les événements CV (incluant l'insuffisance cardiaque), mais UKPDS a rapporté une réduction significative des complications

	microvasculaire (qui font partie de la morbidité globale du DT2). - IMC préciser l'unité - kg/m² dans l'ensemble du texte - Uniformiser dans l'ensemble du texte : agonistes du récepteur au GLP-1 (et non analogues du GLP-1 comme ici). Page 8 : - "résultats contrastés...des études d'intensification dans le DT2" : préciser "intensification du contrôle glycémique". - Phrase non compréhensible à modifier : "(exemple des effets indésirables, au-delà des hypoglycémies, dans l'histoire du DT2)" ??? - Préciser le sens de la phrase "le taux d'HbA1c est maintenant mis en parallèle avec des événements..." ??? - Méta-analyses et non métaanalyses - Revoir le paragraphe "Dans ce sens, ... par l'état de l'art actuel". Pas clair. - Remplacer "les traitements de la prise en charge" par "la stratégie de prise en charge". Dans ce paragraphe, évoquer également la possibilité d'un objectif pondérale en fonction du statut du patient. - Attention à l'interprétation de la phrase "il doit pouvoir être envisagé un arrêt ou une désescalade des traitements selon les situations et si les objectifs sont atteints ou la situation normalisée". Je comprends le sens voulu mais la formulation est très floue et pourrait inciter à interrompre les traitements dès que le taux d'HbA1c est à l'objectif, ce qui serait totalement contre productif. Page 9 : - Définir éducation thérapeutique du patient vs accompagnement thérapeutique. Cette distinction est reprise plusieurs fois mais je crains que les notions soient trop floues telles que formulées pour guider les soignants de façon claire. - "caractéristiques de l'antidiabétique envisagé". Pour l'ensemble du texte, garder la même terminologie +++ (on trouve en effet : traitement antidiabétique, hypoglycémiant, normoglycémiant...). Le terme utilisé désormais par le consensus ADA/EASD (et repris par la SFD) est "traitement anti-hyperglycémiant".
Expert 34	j'aurais cité les professionnels au lieu de mettre tous professionnels donc mis infirmières pharmaciens et autre professionnels pour laisser le champs large selon les évolutions.
Expert 36	Parmi les professionnels concernées, je pense que les pharmaciens peuvent apparaître car ils prennent part à l'ETP et également à la délivrance et la surveillance des traitements.
Expert 37	- la carence insulinaire n'apparaît que tardivement dans l'histoire naturelle du diabète de type 2, il ne me paraît pas judicieux de l'évoquer en 1er, qui plus est dans la 1ère phrase du document. Il faudrait plutôt mettre "... se caractérise par une hyperglycémie secondaire à un défaut d'efficacité de l'insuline, appelée insulino-résistance, à laquelle peut s'ajouter avec le temps une carence insulinaire" - dans les critères, c'est une glycémie supérieure ou égale à 1,26 g/l qui est retenue
Expert 39	Dans le fichier joint : liste des corrections des coquilles et deux autres points plus importants: correction des terminologies à adopter contre la stigmatisation des personnes vivant avec un diabète et contre celles vivant avec ou en situation d'obésité, plus 2 cut-off à revoir en définitions du diabète et de l'obésité sévère (manque supérieur ou égal)
Expert 44	Dans la plupart des recommandations internationales il est mentionné dans les modifications du mode de vie d'inclure le sommeil American Diabetes Association Professional Practice Committee; 5. Facilitating Positive Health Behaviors and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Care in Diabetes; 2024. Diabetes Care 1

	January 2024; 47 (Supplement_1): S77-S110. https://doi.org/10.2337/dc24-S005
Expert 45	J'avais en tête qu'une glycémie veineuse > 2 g/l à n'importe quel moment posait le diagnostic de diabète, y a t il besoin de signes cliniques ? "Le traitement médicamenteux doit être instauré ou réévalué si l'HbA1c est supérieure à 7 %" --> si sujet DT2 < 75 ans en bon état général, cible < 6,5% et début traitement si HbA1c > 6,5% malgré règles hydiéno diététiques.
Expert 46	la prise en charge est multifactorielle et est pluriprofessionnelle intérêt des "nouveaux acteurs" comme les IDE Asalée. et IPA
Expert 50	Préciser les cas où l'hbalc peut être faussée
Expert 51	Dans la 1ere phrase, l'insulinorésistance précédant le carence insulinaire, je renverserai la phrase afin de respecter cette temporalité Phrase 2 : Le DT2 est souvent marqué cliniquement par un ou plusieurs des éléments suivants: Le diabète de type 2 conduit à des complications neuropathiques et vasculaires : microvasculaires Professionnels concernés Médecine généralistes = médecins généralistes
Expert 52	la cible générale à 7.0% n'a pas de sens avec des traitement qui ne provoquent pas d'hypoglycémie, elle est à 6.5% seuil d'apparition des complications microvasculaires (cf definition du DT2) "la mise en place de mesures de modification thérapeutique du mode de vie (programme nutritionnel, activité physique/activité physique adapté, lutte contre la sédentarité, etc..) efficaces est un préalable indispensable" Y a t il vraiment des mesures de modification thérapeutique du mode de vie "EFFICACES" ? cf sucres des mesures diététiques sur l'obésité (20%) cf essai clinique look a head au dela d'un an etc etc garder la phrase mais remplacer efficace par appropriées
Expert 53	1. Dans le texte PDF, la note 1 n'est pas claire. 2. Place de L'HBA1C pour le diagnostic de diabète de type 2 comme dans les recommandations OMS?
Expert 59	Peut être vigilance sur la fiabilité de l'HBA1c chez patient diabétique hémodialysé
Expert 60	Le diabète de type 2 (DT2), est une maladie chronique métabolique, qui se caractérise par l'association d'une carence insulinaire dont témoigne un excès durable de la concentration de glucose dans le sang, appelé hyperglycémie et d'une insulinorésistance : je pense que dans la physiopathologie l'insulinorésistance précède l'insulinopénie et je commencerai la phrase par l'association d'une insulinoreistance puis d'une carence insulinaire
Expert 61	mettre DT2 au lieu de diabète type 2 dans tout le texte sinon il n'est pas utile d'annoncer l'abréviation. rappels: J'aurais volontiers commencé par insulino résiistance puis carence en insuline 2 e phrase, cliniquement métabolique ? surpoids et obésité sont dits, y a t il d'autres éléments cliniques ? le tour de taille ? Je pense qu'il faut parler de l'âge de début du DT2 meme si il peut être jeune car celui ci est une atypie et parler de l'origine ethnique.
Expert 62	Cotation : 9 Les études disponibles (dont celles incluses dans les méta-analyses) sont le plus souvent de bonne qualité méthodologique, mais il manque des études de comparaison directe (head-to-head) puisque toutes les études avec "clinical outcomes" ont été faites versus placebo.
Expert 64	préciser éducation thérapeutique personnalisée

	dans le profil du patient il faut rajouter antécédents Cardiovasculaires, présence d'une maladie rénale chronique et/ou atcd insuffisance cardiaque les modifications thérapeutiques du mode de vie doivent être mise en place en même temps que traitement cardio ou néphroprotecteur chez les patients concernés pas d'arrêt des traitements cardio et/ou néphroprotecteurs même en l'absence d'effet sur l'HbA1c diabète récent cible inférieure ou égale 6,5% il serait judicieux de rajouter une borne inférieure à l'HbA1c chez les personnes traitées par insuline ou sulfamides hypoglycémisants pour réduire le risque hypoglycémique
Expert 65	Je suggère ces modifications: Le diabète de type 2 est défini par : - une glycémie supérieure ou égale à 1,26 g/l (7,0 mmol/l) après un jeûne de 8 heures et vérifiée à deux reprises mais à HbA1c identique plutôt que constant, l'efficacité des traitements sur la prévention des événements cardiovasculaires/rénaux ne sont pas identiques selon la molécule choisie. Remplacer dans tout le texte antidiabétique par anti-hyperglycémiant
Expert 68	Dans les recommandations de la SFD de 2021, les auteurs proposent une borne inférieure d'HbA1c pour les personnes âgées traitées par hypoglycémisants. Je trouve personnellement cette borne inférieure très intéressante, pour limiter le risque d'accident iatrogène, même si cela ne repose peut-être pas sur des données scientifiques robustes. Aussi, même s'il est dit en préambule qu'on ne va pas traiter des cibles d'HbA1c, je trouve dommage de ne pas prendre position là-dessus dans ce texte.
Expert 70	Peut être insister sur une approche bio psycho fonctionnelle au service du social. Important de travailler ensemble pour proposer des actes thérapeutiques non médicamenteux complémentaires aux actes médicamenteux qui ont pour objectif de soigner en prenant soin à la fois du patient mais aussi des intervenants qui sont autour du patient
Expert 71	Il manque le cas du patient atteint de rétinopathie diabétique avec OMC œdème maculaire cystoïde ou il est nécessaire de ramener lentement le patient dans une fourchette de glycémie correcte pour éviter un effet rebond de l'OMC et une aggravation de la RD ischémique Il manque la population particulière de MAYOTTE ou il n'y a pas d'accès à des médecins des diabétologues, ou la moitié des patients ne parlent pas la langue française, expliquant le nombre important de DT2 arrivant à un stade très avancé de RD ou d'atteinte rénale
Expert 73	"Professionnels concernés" Pour ce paragraphe ne faudrait-il pas être un peu plus précis sur : doit-on comprendre tout professionnel de santé/ tout professionnel habilité/ formé ? professionnel de santé médicaux et paramédicaux... ? "et tout professionnel qui prend en charge les patients diabétiques DT2 en ville ou dans le cadre des établissements de soins publics ou privés."
Expert 76	Je pense qu'il est nécessaire d'intégrer la prise en charge de la rétinopathie et la maculopathie diabétique ou au moins leur dépistage. Ces pathologies sont souvent associées à toutes les autres complications suscitées et viennent se surajouter et rendre la prise en charge encore plus difficile. Même si ces recommandations sont destinées à des médecins généralistes et endocrinologues, je pense qu'il est nécessaire d'aborder le prisme ophtalmologique.

II. Généralités sur la prise en charge globale du patient DT2

Le diabète est une pathologie chronique multifactorielle et évolutive. La prise en charge (PEC) globale du patient diabétique est aussi plurielle et doit être réévaluée régulièrement dans toutes ses composantes que cela soit les traitements médicamenteux et les modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV) : programme nutritionnel, activité physique, activité physique adaptée, éducation thérapeutique, etc.

Proposition 2

R.1 La prise en charge (PEC) globale devrait inclure la prise en charge de tous les facteurs de risque cardiovasculaire notamment : tabac, hypertension artérielle, sédentarité, obésité, dyslipidémie, etc. Il en est de même pour le dépistage et la promotion de l'arrêt du tabagisme (grade A).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.81

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	6	66	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Pourquoi une 2ème phrase sur le tabac alors qu'il est déjà mentionné dans la 1ère. "personnes vivant avec un diabète de type 2"
Expert 7	+ régime hyposodé et équilibre alimentaire
Expert 8	dans la phrase d'introduction : ne pas considérer à part l'éducation thérapeutique (les modifications du mode de vie s'inscrivent dans une démarche d'ETP); le terme "programme nutritionnel" n'est pas très approprié, je suggère de le remplacer par le terme "alimentation" puisque l'on aborde l'activité physique après pour la R1: ajouter inactivité physique (ce qui est différent de la sédentarité qui est un enjeu en soi) et le syndrome d'apnées du sommeil
Expert 9	tabagisme : repérage plutôt que dépistage, évaluation de la motivation au sevrage et accompagnement du sevrage si nécessaire. La prise en compte du tabagisme doit être ré évaluée régulièrement, compte tenu de la prévalence du tabagisme (13 % ds entred 2022) et de l'importance majeure de ce facteur de risque
Expert 11	Ajout La prise en charge (PEC) globale devrait inclure "LE DEPISTAGE ET" la prise en charge de tous les facteurs de risque cardiovasculaire notamment : tabac, hypertension artérielle, sédentarité, obésité,

	dyslipidémie, etc. Il en est de même pour le dépistage et la promotion de l'arrêt du tabagisme (grade A)
Expert 14	La PEC globale des patients DT2, telle qu'elle est décrite reste paradoxale au système actuel de soins, concernant notamment l'accompagnement nutritionnel par des diététiciens nutritionnistes. De même à part au sein d'un programme complet d'ETP, la coordination entre tous les professionnels de santé reste insuffisante voire inexistante.
Expert 15	Je ne comprends pas la phrase, on vite le tabac dans les FDR à prendre en compte Puis on dit "il en est de même pour le tabac", cela est redondant me semble t il Pour l'obésité peut être préciser surpoids/obésité androïde ?
Expert 24	R.1 La prise en charge (PEC) globale devrait inclure la prise en charge de tous les facteurs de risque cardiovasculaire notamment : hypertension artérielle, sédentarité, obésité, dyslipidémie, etc. Il en est de même pour le dépistage et la promotion de l'arrêt du tabagisme et de la consommation d'alcool (grade A).
Expert 32	D'accord bien entendu sur le fond. Sur la forme : - Pourquoi "devrait" ? Je pense qu'il est possible d'être plus affirmatif sur ce point (Grade A). Proposition : "La PEC globale du DT2 doit s'appuyer sur une stratégie d'intervention multifactorielle, incluant le contrôle de tous les FDR CV...". - La précision concernant la PEC du tabagisme peut être supprimée ici car reprise en R.9.
Expert 50	Structure de la phrase un peu lourde: 2 fois prise en charge dans la même phrase. Enlever la phrase « il en est de même.... » car le tabac est déjà mentionné dans la phrase précédente
Expert 51	et troubles du sommeil
Expert 53	prendre en charge aussi l'aspect psychologique
Expert 55	redondance tabac puis il en est de même pour le dépistage...
Expert 61	il en est de même pour le dépistage de quoi?
Expert 64	rajouter stress et dépression
Expert 73	Juste une remarque , par rapport à l'argumentaire (document PDF), la notion de diabète sucré a disparu ici. Un terme, qui il me semble, n'est plus effectivement utilisé pour décrire le DT2. Remplacer dans l'énoncé des facteurs de risque tabac par tabagisme (tabac fumé sous différentes formes) . Outre les risques cardiovasculaires, ne serait-il pas aussi opportun de rappeler de manière plus générale que le tabac augmente le risque de développer un DT2 ? Le groupe de travail SFT/SFD a publié un consensus d'experts (en PJ). "Smoking and diabetes interplay: A comprehensive review and joint statement" https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35779852/ PMID: 35779852 DOI: 10.1016/j.diabet.2022.101370

R.2 La prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse des patients avec un DT2 doit être individualisée en fonction du profil des patients et de leurs préférences. Cette prise en charge globale peut évoluer au cours du temps (grade C)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.85

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	8	66	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 13	En fonction du profil des patients et de leurs préférences, de leurs envies, de leurs aspirations personnelles, de leurs ressources, etc. Il faut partir de leurs vies, les circonstances dans lesquelles ils sont
Expert 15	Je ne vois pas l'intérêt de la phrase "peut évoluer au cours du temps" grade C puisque la R3 revient sur cette notion et de façon plus intéressante en grade B
Expert 24	R.2 La prise en charge non médicamenteuse et médicamenteuse des patients avec un DT2 doit être individualisée en fonction du profil bio-psycho-socio et éducatif des patients et de leurs préférences. Cette prise en charge globale peut évoluer au cours du temps (grade C)
Expert 30	nuancer le propos car parfois profil (histoire naturel, phénotypage métabolique, complications, comorbidités...) peuvent être en opposition avec les préférences du patients. Intégrer la notion d'entretien motivationnel et d'information éclairée pour faire converger au maximum les 2. Ne pas laisser penser que le médecin peut proposer une stratégie thérapeutique qu'il sait ne pas être adaptée au profil du patient mais correspond à la préférence du patient.
Expert 32	La phrase "Cette PEC globale peut évoluer au cours du temps" peut être supprimée ici car cette motion fait l'objet de la R.3. Une autre possibilité pour simplifier le message et limiter le nombre important (trop important?) de recommandations serait de regrouper R.2 et R.3.
Expert 51	et nécessite de revoir le PPS établi.
Expert 52	Cette prise en charge globale peut évoluer au cours du temps Cette prise en charge globale DOIT évoluer au cours du temps cf reco R3 puisque'elle doit etre réévaluée c'est parcequ'elle doit évoluer...cqfd

Expert 54	"besoins" plutôt que "préférences"
Expert 62	Pourquoi grade C alors que pour la question suivante il est indiqué grade B ???
Expert 70	Doit nécessiter des évaluations régulières à 3 mois 6 mois 1 an pluridisciplinaire cette temporalité s'appuyant sur les réponses tissulaires physiologiques à la prise en charge

R.3 Le diabète est évolutif et sa prise en charge doit être réévaluée régulièrement dans toutes ses composantes : mesures non médicamenteuses et traitements médicamenteux (grade B)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.91

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	0	2	72	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.33	98.67

Expert	Commentaires
Expert 13	En fonction de l'évolution du patient, de ce qu'il souhaite et de ce qu'il aura été possible de construire avec lui.
Expert 32	Cf commentaire sur R.2.
Expert 55	oui mais redondant avec la proposition 3

R.4 La mise en place de mesures efficaces de modification thérapeutique du mode de vie (MTMV) (incluant un programme nutritionnel, la lutte contre la sédentarité, l'activité physique/activité physique adaptée, etc.), éducation thérapeutique, est indispensable à la prise en charge du patient avec un DT2. Ces MTMV doit être envisagée en 1ère intention, sauf situations particulières. Leur application doit être poursuivie tout au long de la prise en charge en association au champ du contrôle glycémique à travers la stratégie médicamenteuse hypoglycémiante (grade B).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.21

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	3	3	2	2	15	48	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.41	94.59

Expert	Commentaires
Expert 1	Je propose de mieux préciser "Ces MTMV doit être envisagée en 1ère intention, sauf situations particulières." ainsi "Ces MTMV doit être envisagée en 1ère intention, sauf situations particulières comme les patients à haut ou très haut risque chez lesquels le MTMV doivent être associées à un traitement pharmacologique réduisant le. risquede complications cardiovasculaires et rénales"
Expert 2	je suis tout à fait d'accord avec cette recommandation MAIS il me semble qu'il aurait fallu ajouter spécifiquement l'importance du dépistage et la prise en charge des troubles du comportement alimentaire qui participent au déséquilibre glycémique et à la prise de poids ex: Association of eating disorders with glycaemic control and insulin resistance in patients of type 2 diabetes mellitus. Kumar A, Alam S, Bano S, Prakash R, Jain V. Int J Biochem Mol Biol. 2023 Aug 15;14(4):40-50. eCollection 2023. PMID: 37736391 Gac Med Mex . 2023;159(5):414-420. doi: 10.24875/GMM.23000217. Food addiction behavior in patients with newly-diagnosed type 2 diabetes Pilar Lavielle 1, Rita A Gómez-Díaz 1, A Leticia Valdez 1, Niels H Wachter 1

	Affiliations expand PMID: 38096845
Expert 4	Je pense quand même que devraient être mentionné quelque part avec les MTMV l'importance du sommeil et des rythmes de vie ainsi que de la prise en charge psycho-sociale.
Expert 7	Leur observance doit être poursuivie tout au long de la prise en charge quelque soit la stratégie médicamenteuse
Expert 8	mettre "modification thérapeutique" au pluriel, de même pour "doit être envisagée" La phrase "Leur application doit être poursuivie tout au long de la prise en charge en association au champ du contrôle glycémique à travers la stratégie médicamenteuse hypoglycémiant" est à revoir. Je suggère de retirer "en association ..." car le terme "champ du contrôle glycémique" exclue à tort l'impact des MTMV sur ce plan et les médicaments antidiabétiques ne sont pas tous hypoglycémiant (la plupart sont normoglycémiant)
Expert 11	Au niveau terminologique, est-il préférable de dire stratégie médicamenteuse hypoglycémiant ou stratégie médicamenteuse anti-hyperglycémiant ? Certaines molécules ne sont pas hypoglycémiantes, ce terme prête à confusion
Expert 13	Oui à condition de se faire selon les envies et les demandes du patient, même si cela peut être travaillé avec lui, selon le mode de vie qu'il souhaite et auquel il aspire. Il faut faire attention à ce que ces modifications du mode de vie ne soient pas culpabilisante ou inatteignable, au risque d'être contreproductifs.
Expert 15	Je supprimerai efficaces j'ajouterai la promotion de l'activité physique (adaptée ou non) La stratégie médicamenteuse n'est pas que hypoglycémiant et elle n'est pas hypoglycémiant au sens strict car cela laisserait penser qu'on vise l'hypoglycémie... à visée glycémique serait peut être plus neutre ou rien juste médicamenteuse
Expert 24	R.4 La mise en place de mesures efficaces afin d'accompagner la personne vivant avec du diabète visant à augmenter leur niveau de littératie en santé (OMS : capacités des individus à obtenir, comprendre et utiliser des informations nécessaires à la prise de décisions pertinentes pour le maintien en bonne santé); à modifier son mode de vie (MTMV) (incluant un programme nutritionnel, la lutte contre la sédentarité, l'activité physique/activité physique adaptée, etc.), éducation thérapeutique, est indispensable à la prise en charge du patient avec un DT2. Ces MTMV doit être envisagée en 1ère intention, sauf situations particulières. Leur application doit être accompagnée poursuivie tout au long de la prise en charge en association au champ du contrôle glycémique à travers la stratégie médicamenteuse hypoglycémiant (grade B).
Expert 32	D'accord sur le fond mais forme à revoir. - Je supprimerais en particulier "éducation thérapeutique" qui est repris en suivant par R.5. - Je supprimerai la dernière phrase et reformulerai ainsi : " La mise en place... est indispensable dès le diagnostic de DT2 et doit être poursuivie tout au long de la PEC, quel que soit le traitement anti-hyperglycémiant associé.", puis je préciserais "Ces MTMV doivent être proposées en 1ère intention, avant d'envisager une intervention médicamenteuse, sauf dans les situations particulières (hyperglycémie sévère, pathologie intercurrente, ...).
Expert 39	Corriger pour : "Ces MTMV doivent être envisagées" REMARQUE/REFLEXION:

	Le choix du mot "hypoglycémiant" après le mot "thérapeutique" me semble faire trop référence pour un médecin à des thérapeutiques dont la mécanistique ciblée est directement hypoglycémiant, alors que "stratégie thérapeutique de normalisation de la glycémie" ou un équivalent comme dans le document "stratégie thérapeutique normoglycémiant", serait moins orienté sur une classe thérapeutique/mécanistique donnée et serait une bonne évolution terminologique, plus neutre et consensuelle.
Expert 44	rajouter le sommeil.
Expert 50	Commentaires 1 er paragraphe pas clair, il doit manquer un mot avant « éducation thérapeutique »
Expert 51	l' éducation thérapeutique (2eme ligne) Ces MTMV doivent être envisagées
Expert 52	cf supra ces mesures malheureusement sont peu efficaces en vraie vie " Leur application doit être poursuivie tout au long de la prise en charge en association au champ du contrôle glycémique à travers la stratégie médicamenteuse hypoglycémiant (grade B)." leur modalités doit évoluer considérablement selon l'age de la personne, risque de dénutrition avec régimes inadaptés en ehpad etc
Expert 53	prendre aussi en compte l'aspect retentissement psychologique, motivation
Expert 55	oui mais également redondant cette proposition pourrait remplacer les précédentes
Expert 61	oui en attendant un changement politique ou sociétal qui ne ferait pas porter individuellement ces changements soit par ex mise en place de taxes sur les produits transformés...
Expert 63	Ces MTMV doivent être envisagées en 1ère intention/ L' intervention doit être globale et progressive en adaptant les objectifs des MTMV au patient selon les principes de l'ETP
Expert 64	préciser les situations particulières
Expert 65	Une correction: Ces MTMV doivent être envisagées
Expert 66	sans oublier la gestion de la charge mentale de la pathologie
Expert 70	Mais pas que, elle doit s'appuyer sur l'ensemble des acteurs qui doivent être formés à la pathologie et ses conséquences physique psychologique fonctionnelle

Proposition 6

R.5 Dans le cadre d'une prise en charge personnalisée et individualisée du patient avec un DT2 l'éducation et/ou son accompagnement thérapeutique est indispensable à la prise en charge des patients diabétiques de type 2 (grade AE)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.54

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	1	4	11	56	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.33	98.67

Expert	Commentaires
Expert 4	La phrase est mal formulée
Expert 7	préalable indispensable
Expert 8	Je suggère plutôt la formulation suivante : Dans le cadre d'une prise en charge personnalisée et individualisée du patient avec un DT2, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement au long cours sont indispensables à la prise en charge des patients diabétiques de type 2
Expert 13	Oui à condition d'être une vraie ETP conforme aux principes de la charte d'Ottawa, et non une ETP qui reproduit des schémas normatifs du monde médical.
Expert 15	je suis d'accord avec l'idée mais c'est mal dit
Expert 16	se pose la question d'une consultation avec un spécialiste EDN au moins une fois par an pour établir un BEP en vue d'une inscription à un parcours ETP
Expert 32	Ici encore, trop flou pour donner un accord total. - Garder la même terminologie pour l'ensemble du texte : éducation thérapeutique du patient (ETP) - Préciser (en intro +/- note de mas de page la définition de l'accompagnement thérapeutique - Je ne dirais pas et/ou. ETP et accompagnement thérapeutique sont indispensables à mon avis - "sont indispensables dès le diagnostic de DT2 et tout au long de la PEC"
Expert 46	pluriprofessionnalite intégration IPA lde aise. pour optimiser
Expert 50	Redondant : enlever la fin de la phrase après indispensable
Expert 51	du patient atteint d'un DT2, l'éducation et/ou son accompagnement thérapeutique est indispensable à sa prise en soin. (prise en charge est un terme inadapté en ETP)
Expert 52	" l'éducation et/ou son accompagnement thérapeutique est indispensable"

	est souvent utile...
Expert 55	oui mais également redondant avec les précédentes
Expert 56	ETP et accompagnement sont indispensables
Expert 61	meme commentaire que la proposition 5
Expert 62	Ceci est peut-être trop strict car ne concerne pas TOUS les patients DT2 (par exemple les patients âgés vivant en institution, de plus en plus nombreux)
Expert 64	éducation thérapeutique personnalisée
Expert 70	Important de penser à l'évaluation motivationnelle indispensable pour envisager la capacité du patient à faire. Celle ci peut aussi être limitée par des blocages qui peuvent résulter de différents psychotraumatismes qui doivent être évalués et appréhendés dans la prise en charge surtout quand celle ci est très dynamique. Notion corps esprit ou en terme médical synergie système nerveux volontaire / système nerveux autonome
Expert 74	en fonction des ressources locales disponibles la rédaction laisse entendre un passage obligé, et opposable

Proposition 7

R.6 La PEC du patient avec un DT2 se doit d'être globale avec pour objectifs : l'atteinte de l'objectif glycémique, la prévention de la morbi mortalité liée aux complications cardiovasculaires et/ou rénales et des complications microvasculaires (rétiniennes et neuropathique) et, l'amélioration de la qualité de vie (grade AE)

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	1	3	1	2	9	58	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.95	96.05

Expert	Commentaires
Expert 1	Je propose de poser les éléments dans cet ordre plus en accord avec les recommandations internationales (ADA, ESC, ...) : "la prévention de la morbi mortalité liée aux complications cardiovasculaires et/ou rénales et des complications microvasculaires (rétiniennes et neuropathique), l'amélioration de la qualité de vie, et l'atteinte de l'objectif glycémique"
Expert 4	Mal formulé. En lisant, on croirait que les complications rénales ne sont pas microvasculaires.
Expert 7	objectif unique car la maladie est silencieuse : réduire les complications du diabète (pour partie au travers de l'équilibre glycémique)
Expert 8	ajouter : la prévention des hypoglycémies et de leurs conséquences délétères
Expert 9	et la prise en compte des co facteurs de risque (HTA, dyslipidémie, tabagisme)
Expert 10	c'est important de parler de la qualité de vie même si ce n'est qu'un grade AE car cela permet dès le début de cette reco d'aborder la prise en charge partagée patient-équipe/prof de santé
Expert 13	Oui pour la qualité de vie, qui doit être aussi importante que les autres objectifs.
Expert 26	avec pour objectifs : "fixer une cible glycémique et se donner le moyen de l'atteindre"
Expert 32	Cette recommandation devrait venir plus tôt (avant la EC multifactorielle ?). Attention à la formulation, les complications rénales étant classiquement considérées comme microvasculaires. "morbimortalité liées aux complications CV et microvasculaires (rénales, rétiniennes et neuropathiques)".

Expert 33	Concernant la pédiatrie, les objectifs sont fixés selon les besoins des enfants.
Expert 36	Pour les complications, est-il possible d'homogénéiser les complications micro/macrovasculaires avec le préambule : "complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie et neuropathie) ... macrovasculaires (cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque non ischémique, artériopathie oblitérante des membres inférieurs et accident vasculaire cérébral ischémique, etc).
Expert 39	corriger d'"être"
Expert 49	L'objectif glycémique se doit d'être plus flexible en fonction de l'âge du patient
Expert 51	et aux complications microvasculaires (rétiniennes et neuropathiques)
Expert 52	la prévention de la MAFLD et de ses complications est un enjeu important d'être
Expert 56	La bonne tolérance des traitements (peut être inclus dans qualité de vie)
Expert 57	J'aurais ajouté les complications hépatiques (NAFLD) qui sont fréquentes et graves chez le patient DT2
Expert 63	La PEC du patient avec un DT2 se doit intégrer les différents objectifs de santé globale
Expert 74	l'amélioration de la qualité de vie ? ce critère n'est pas au même niveau que les autres

Proposition 8

R.7 Tout au long de la prise en charge, de manière régulière et à chaque consultation, il est nécessaire de reconsidérer le maintien, l'intensification ou l'arrêt de la stratégie médicamenteuse en cours (efficacité, tolérance, préférences du patient) et d'assurer l'accompagnement thérapeutique du patient, sa connaissance, et son adhésion (en particulier lors du passage à un traitement injectable) (grade AE).

Valeurs manquantes : 0

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	1	2	10	60	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.33	98.67

Expert	Commentaires
Expert 1	L'arrêt de la stratégie médicamenteuse n'est actuellement pas justifiée chez les patients à haut ou très haut risque cardiovasculaire et rénal.
Expert 8	je suggère de remplacer "et d'assurer l'accompagnement thérapeutique du patient, sa connaissance..." par "dans une démarche d'éducation thérapeutique (notamment lors du passage à un traitement injectable)"
Expert 24	R.7 Tout au long de la prise en charge, de manière régulière et à chaque consultation, il est nécessaire de reconsidérer le maintien, l'intensification, la diminution ou l'arrêt de la stratégie médicamenteuse en cours ...
Expert 32	Ajouter ici la notion d'observance thérapeutique ?
Expert 53	recherche de l'observance thérapeutique
Expert 62	De manière régulière et à chaque consultation : de manière régulière d'accord, à chaque consultation : sans doute idéal, mais en pratique sans doute un peu utopique !
Expert 64	sauf pour les traitements cardio ou néphroprotecteurs évaluer l'adhésion thérapeutique non mentionnée!!

Proposition 9

R.8 Recommandation pour la recherche clinique : Le groupe de travail relève le besoin d'études sur la place des autres facteurs de risques à inclure dans la PEC du patient diabétique de type 2 ; en particulier : santé mentale et diabète DT2, diabète DT2 et cancer, déterminants sociaux et diabète DT2, etc. (grade AE)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.10

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	1	0	3	2	6	15	45	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.05	95.95

Expert	Commentaires
Expert 4	Je ne comprends pas l'intérêt d cette reco. Aujourd'hui, il n'y a pas assez de données pour dire qu'il faut faire attention aux déterminants sociaux et pour dire d'être vigilants vis à vis des cancers qui sont plus fréquents ???
Expert 5	ajouter les situations où le diabète est révélé et partiellement induit par un traitement (corticothérapie , immunosuppression pour une greffe) ce qui modifie la prise en charge de la maladie initiale
Expert 7	cela fera juste des belles études auprès des populations les plus précaires : santé mentale et observance ??? sous dépistage du cancer chez les diabétiques pourtant plus médicalisés ??? accès onéreux à un mode de vie plus sain (alimentation, activité physique...) \$\$\$
Expert 8	cette recommandation est pertinente, mais sa formulation est maladroite je suggère de remplacer "des autres facteurs de risque" par "d'autres éléments" (et ne pas ajouter et DT2 après chaque élément)
Expert 13	Très important de prendre en compte la santé mentale ainsi que les déterminants sociaux de santé, trop souvent ignorés ou négligés.
Expert 14	Diabète et sexualité, avec un risque augmenté de mycoses et de candida albicans
Expert 15	méthodologie de la recherche sur la recherche clinique ? pourquoi ces champs et pas d'autres ?
Expert 17	La recherche clinique doit faire appel aussi aux association de patients/évaluer leur QdV (marqueurs spécifiques)

Expert 19	Formulation soit redondante avec prise en charge globale (une prise en charge globale se doit d'inclure les aspects sociaux, le cancer ...) soit au contraire trop restrictive (aspects sociaux et cancer et pas fragilité et DT2 ?)
Expert 24	santé mentale et diabète DT2, diabète DT2 et cancer, déterminants sociaux et diabète DT2, cortico-thérapie et diabète de type 2, grossesse et diabète de type 2, NODAT etc. (grade AE)
Expert 26	Pour moi ce sont des facteurs intercurrents (co-morbidités) qui vont amener à revoir la cible en matière d'HbA1c
Expert 27	On pourrait rajouter diabète de type 2 et apnées obstructives du sommeil.
Expert 32	A mon avis, il n'est pas judicieux de mêler des items concernant la recherche aux recommandations de pratique clinique. Je proposerais un paragraphe spécial à la fin des recommandations regroupant tous les aspects nécessitants, selon le groupe d'expert, des données complémentaires. "Questions non résolues - Axes de recherche". Pour cet item précis, la formulation est très floue. Il existe déjà de très nombreuses données (peu en France il est vrai) sur ces différents aspects. Suffisantes en tout cas pour proposer la prise en compte des aspects psycho-sociaux dans l'individualisation de la PEC du DT2, ou pour souligner le rôle de l'insulinorésistance dans la survenue de certains cancers.
Expert 33	Diabète DT2 infantile
Expert 46	intérêt du développement de la recherche en soins primaires
Expert 52	"sur la place des autres facteurs de risques" facteurs de quels risques ? la phrase n'est pas claire
Expert 55	certaines, mais ce n'est pas une recommandation pour les praticiens, pourrait être mis dans une sorte d'annexe ou remarque
Expert 58	Ces paramètres sont sans doute utiles à étudier sur le plan épidémiologique mais seront plus difficiles à prendre en compte dans la pratique clinique quotidienne car ils sont pour la plupart multi-paramétriques
Expert 62	Pourquoi spécifiquement la thématique diabète DT2 et cancer ?
Expert 64	beaucoup d'étude sur lien dépression gestion du diabète données d'association entre diabète et cancer
Expert 65	sur la place des autres facteurs de risques ou comorbidités à considérer dans la PEC : ajouter les troubles du sommeil
Expert 70	La collaboration avec les psychologues spécialisés est importante j'évoque notamment les personnes compétentes en prise en charge du psycho traumatisme
Expert 71	Voir l'exemple de Mayotte
Expert 73	Effectivement il manque la dimension de la santé mentale à considérer dans la PEC : image et estime de soi, la charge mentale du DT2 (objectifs thérapeutiques, perte de poids, antécédents familiaux), traumatismes dont on sait qu'ils peuvent influencer sur les TCA par exemple, la dépression...)
Expert 76	Diabète et qualité de vie/ qualité de la vue

III. Stratégie de prises en charge non médicamenteuses

La stratégie de prise en charge non médicamenteuse du patient DT2 intègre : -Les mesures visant à la modification thérapeutique du mode de vie (MTMV) qui par définition incluent la prise en charge nutritionnelle et l'activité physique au sens large -L'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou tout du moins son accompagnement thérapeutique

Proposition 10

R.9 La prévention du tabagisme et la promotion du sevrage tabagique doivent également faire partie de la prise en charge du patient diabétique et selon les modalités décrites dans les recommandations de bonne pratique en cours(grade A)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.84

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	2	8	64	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	Dans l'introduction : corriger les fautes de conjugaison (singulier/pluriel) ; les MTMV concernent non seulement l'alimentation et l'activité physique mais aussi le stress, le sommeil, la prise des médicaments, les conduites à risque ; je ne comprends pas la phrase : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) ou tout du moins son accompagnement thérapeutique
Expert 9	même commentaire que la proposition 2
Expert 11	En revanche, le lieu de citation de cette recommandation ne me semble pas adapter. Le tabac n'est pas cité dans l'introduction de cette partie. Je ne suis pas sûre que le tabac soit un mode de vie, mais plutôt une conduite addictive / pathologie
Expert 15	Attention vous ne vouliez pas écrire patient diabétique mais patient avec un diabète mais vous y revenez
Expert 32	Positionner cette recommandation à la fin de cette partie (R.11) qui introduit juste avant les MTMV et

	l'ETP (ou à la suite de la notion de PEC multifactorielle ?)
Expert 39	espace à rajouter avant "(grade A)"
Expert 51	Point 1: prise en charge nutritionnelle, l'activité physique, et la gestion du stress et des troubles du sommeil.
Expert 52	petite phrase sur la tolérance de la prise de poids qui n'efface pas le bénéfice CV
Expert 55	oui mais j'enlèverai "également"
Expert 66	sophrologie et tout moyen de gérer le stress
Expert 73	Oui mais s'agit -il aussi hormis la prévention et la promotion du sevrage tabagique de l'accompagnement pour arrêter de fumer ?

Proposition 11

R.10 La mise en place de mesures visant à la modification thérapeutique du mode de vie (MTMV) est un préalable indispensable au traitement médicamenteux du patient diabétique et leur application doit être poursuivie tout au long de la prise en charge(grade C)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.91

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	2	1	6	1	6	11	46	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 1	La encore je suis en désaccord avec cette généralisation "la MTMV est un préalable indispensable au traitement médicamenteux du patient diabétique" qui laisse entendre que le traitement médicamenteux pourrait être optionnel ou repoussé dans tous les cas. Ce n'est pas démontré pour les patients à haut ou très haut risque
Expert 2	ici j'aurais précisé que parmi les modifications du MTMV il faut aussi rechercher les TCA et les prendre en charge le cas échéant
Expert 5	Quand cela est possible
Expert 8	remplacer "à la MTMV" par les MTMV je suggère de préciser qu'elles peuvent être aussi mises en place de façon conjointe au traitement (ce qui est souvent le cas) je suggère de remplacer "tout au long de la prise en charge" par "tout au long de l'accompagnement du patient"
Expert 13	Ce n'est pas forcément un préalable, cela peut se faire en parallèle ou en complément, une approche médicamenteuse peut soulager une personne à un moment, quand elle n'est pas forcément prête à faire des changements dans son mode de vie.
Expert 16	créer avec le patient un environnement propice au changement +++
Expert 17	indispensable : laisse entendre que c'est "sine qua non" alors que souvent les patients ne le font pas et on traite quand même...
Expert 25	sauf en cas de dénutrition notamment chez le sujet âgé
Expert 26	sauf lors d'un diabète inaugural aigu ou les mesures médicamenteuses seront prescrites en parallèle.

Expert 30	"modification thérapeutique du mode de vie" ou "correction des erreurs de mode de vie en lien avec le profil et la pathologie" ?
Expert 39	espace à rajouter avant "(grade C)"
Expert 45	ou mise en place en même temps que le traitement médicamenteux si HbA1c vraiment élevée
Expert 52	est un "préalable indispensable" au traitement médicamenteux du patient diabétique dans les situations de déséquilibre important ce n'est plus un préalable mais c'est en même temps
Expert 55	oui mais cela a déjà été répété globalement je trouve qu'il y a trop de propositions dans le début de ces recommandations qui se répètent. Cela peut rebuter le lecteur
Expert 56	Aborder les MTMV doit être systématique mais leur mise en place ne doit pas être un préalable indispensable au traitement médicamenteux
Expert 57	dans certaines situations avec un grand déséquilibre glycémique avec une HbA1c très élevée, La mise en place de mesures visant à la modification thérapeutique du mode de vie (MTMV) n' est pas un préalable indispensable au traitement médicamenteux du patient diabétique. Dans cette situation de déséquilibre important les MTMV accompagnent le traitement médicamenteux sans être un préalable.
Expert 58	Globalement d'accord avec cette proposition. Cependant, pour certaines situations (patients défavorisés, psychiatriques) il ne faut pas attendre la mise en place de MTMV avant de débuter un traitement pharmacologique
Expert 62	"Préalable indispensable" "tout au long de la prise en charge" : ceci est peut-être trop strict car ne concerne pas TOUS les patients DT2 (par exemple les patients âgés vivant en institution, de plus en plus nombreux)
Expert 63	et leur application doit être favorisée tout au long de la prise en charge (idée de mettre en priorité les MTMV que les TTs ne doivent pas dispenser)
Expert 64	non pas chez les personnes avec maladie rénale chronique ou atcd CV ce n est pas un pré requis, le traitement protecteur doit etre mis en place en meme temps
Expert 65	Dans certains cas (forte hyperglycémie), ces mesures doivent immédiatement être associées à l'initiation d'un traitement médicamenteux. L'idée est de ne pas repousser ce traitement médicamenteux dans cette situation.
Expert 66	Toujours avec alliance avec le patient
Expert 70	Elle va aussi se faire avec le traitement globale
Expert 71	ne pas attendre avant de traitement médicalement
Expert 73	Oui mais avec les autres facteurs de risque à étudier, suggérés en proposition 9.
Expert 74	tout dépend de la sévérité à la découverte du DT2

Proposition 12

R.11 L'éducation thérapeutique, ou à défaut un accompagnement thérapeutique régulier et structuré est indispensable à la prise en charge des patients diabétiques de type 2. (grade AE)

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.61

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	4	10	57	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	la formulation est à revoir ; sortir l'accompagnement thérapeutique de l'éducation thérapeutique est maladroit et contre-productif par rapport au développement d'une ETP intégrée aux soins
Expert 11	Faut-il citer de "l'éducation thérapeutique des patients et/ou des aidants principaux" afin de ne pas méconnaître cette possibilité? En revanche, je ne connais pas le niveau de preuve de l'éducation thérapeutique des aidants, à voir pour l'ajout en tant qu'accord d'experts
Expert 13	Oui pour la plupart des profils de patients, même si certains profils peuvent également s'en passer.
Expert 14	L'éducation thérapeutique fait partie du parcours de soins des patients atteints de DT2. A (re)préciser qui, comment et où est elle dispensée et coordonnée? - Posture des soignants - au sein d'un programme complet déclaré?
Expert 15	patients avec DT2 je ne mettrai pas l'ETP dans ce cas mais un accompagnement thérapeutique régulier et structuré comprenant dans l'idéal des programmes d'ETP est indispensable à la pec des patients avec DT2
Expert 16	l'ETP doit être mené par une équipe pluridisciplinaire +++ médecin, infirmier(e) diététicien(ne) APA ...
Expert 17	idem avec en plus parfois un manque de moyens côté soignants
Expert 32	Formulation : reprendre ETP et mieux définir la notion d'accompagnement thérapeutique (cf commentaires précédents).
Expert 35	Que ce soit l'éducation thérapeutique ou l'accompagnement thérapeutique régulière, je propose qu'il soit indiqué qu'ils doivent être réalisés en multidisciplinarité/interdisciplinarité.

Expert 39	corriger "L'éducation"
Expert 52	on melange tout ! B est indispensable A est souvent utile
Expert 55	proposition claire et nette
Expert 56	éducation thérapeutique et accompagnement thérapeutique
Expert 62	"indispensable" : ceci est peut-être trop strict car ne concerne pas TOUS les patients DT2 (par exemple les patients âgés vivant en institution, de plus en plus nombreux)
Expert 70	Qui le fait? Importance du travail coordonné et dans ces prise en charge de patients complexes la profession des masseurs kinésithérapeutes peut avoir un rôle important à jouer dans la pratique des soins mais aussi la coordination des autres
Expert 74	est indispensable OK, mais quand il n'y a pas de ressources locales ?

III.1 Lutte contre la sédentarité, activité physique et activité physique adaptée

Les recommandations se réfèrent essentiellement les travaux de la concernant l'activité physique s'appuient donc sur les travaux récents de la HAS émis en 2022 , en particulier le « Référentiel de prescription d'activité physique et sportive. Diabète de type 2 », juillet 2022

Proposition 13

R.12 Les bénéfices de l'activité physique (AP) sont nombreux sur la santé, la condition physique et pour le maintien de l'autonomie avec l'avancée en âge (grade A).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.63

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	1	0	0	0	8	64	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.00	96.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Le préambule (les recommandations...) n'est pas lisible erreur ou oubli d'un verbe ou d'un adverbe ? (les recommandations en référence ?)
Expert 8	revoir la phrase d'introduction en amont de la reco pour la R12: ce n'est pas une recommandation ; je suggère de la retirer
Expert 14	attention la formulation du titre III.1 est ambiguë
Expert 17	la démonstration formelle est pourtant loin d'être évidente surtout en prévention 1°. Par ex à partir d'un certain seuil c'est même à risque !
Expert 19	maintien de l'autonomie et prévention de la fragilité
Expert 32	Revoir le texte d'introduction +++ Pour cette reco, peut être préciser : "Chez le patient atteint de DT2 comme dans la population générale, ..."
Expert 39	rajouter "aux " devant "travaux" et corriger le manque "de la HAS ?" devant "travaux", enlever "de" après "travaux". Revoir cette phrase fonction de vos choix.
Expert 55	je préfère la proposition 14 (plus utile et suffisante)
Expert 70	Important de préciser le rôle de l'apa dans la régulation des différents systèmes nerveux, l'impact sur la douleur, la souffrance physique fonctionnelle psychologique. Mais il est fondamental que celle

	ci soit pratique, proposé de façon personnal: posologie, intensité, type car on sait que si celle ci est sous maximale comme sus elle sera inefficace d'où l'importance d'un parcours d'évaluation pluripro, d'un protocole de prise en charge qui s'appuie sur des objectifs réévalués régulièrement. L'importance du lien Kine APA me paraît fondamental pour la réussite de se projet le kiné permet de faire, l'apa fait faire et le patience pratique
Expert 71	Phrase pas claire à revoir Les recommandations se réfèrent essentiellement les travaux de la concernant l'activité physique s'appuient donc sur les travaux récents de la HAS émis en 2022 , en particulier le « Référentiel de prescription d'activité physique et sportive. Diabète de type 2 », juillet 2022

Proposition 14

R.13 L'activité physique adaptée est une thérapeutique à part entière, seule ou en association avec les traitements médicamenteux dans de nombreuses maladies chroniques, facteurs de risque et situations de perte d'autonomie (grade B)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	2	1	10	60	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.33	98.67

Expert	Commentaires
Expert 5	éclaircir le sens de la phrase après "maladies chroniques" ... facteurs de risque et situations de perte d'autonomie ?
Expert 8	idem, ne cible pas assez le DT2
Expert 13	C'est une thérapeutique à part entière qui nécessite des compétences spécifiques, voire notamment le référentiel des compétences des enseignants en APA. https://hal.science/hal-01217257
Expert 16	dans le cadre de l'insulinorésistance chez un patient DT2 c'est le traitement numéro 1 avant l'alimentation
Expert 32	OK bien sûr mais peut-être pas utile de rappeler cette généralité ici. La formulation "L'activité physique est une thérapeutique à part entière..." pourrait être reprise dans la recos suivante, de façon appliquée au DT2.
Expert 43	En précision, l'APA est une intervention non-médicamenteuse (INM), c'est-à-dire, une intervention non invasive et non pharmacologique fondée sur la science visant à prévenir, soigner ou guérir. Elle est liée à des mécanismes biologiques et/ou des processus psychologiques identifiés. Elle a un impact observable et probant sur des indicateurs de santé, de qualité de vie, comportementaux et socioéconomiques. Source : NPIS, NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTION SOCIETY, Société savante d'intérêt général à but non lucratif, Définition des INM en 2023.
Expert 46	internet des programmes de asalée sur la remise en mouvement
Expert 51	Elle doit être positionnée e prévention primaire, secondaire et tertiaire

Expert 52	phrase confuse "en association avec les traitements médicamenteux dans de nombreuses maladies chroniques, facteurs de risque et situations de perte d'autonomie" (grade B) pour quel facteur de risque ? CV oui risque de chute oui risque de perte cognitive? risque de neuropathie ? risque de rétinopathie ? risque de MAFLD oui etc
Expert 55	la 13 ou la 14 mais pas les deux à mon avis (plutôt la 14)
Expert 56	OK mais, là, on parle du diabète
Expert 70	Important de préciser le rôle de l'apa dans la régulation des différents systèmes nerveux, l'impact sur la douleur, la souffrance physique fonctionnelle psychologique. Mais il est fondamental que celle ci soit pratique, proposé de façon personnalisée: posologie, intensité, type car on sait que si celle ci est sous maximale comme sus elle sera inefficace d'où l'importance d'un parcours d'évaluation pluri pro, d'un protocole de prise en charge qui s'appuie sur des objectifs réévalués régulièrement. L'importance du lien Kine APA me paraît fondamental pour la réussite de ce projet le kiné permet de faire, l'apa fait faire et la patience pratique

Proposition 15

R.14 L'activité physique est recommandée dans la prise en charge initiale du patient diabétique DT2, avant toute prise en charge médicamenteuse, dès le diagnostic et tout au long de sa prise en charge (grade B).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.00

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	2	0	4	3	6	10	48	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.33	94.67

Expert	Commentaires
Expert 1	La encore je suis en désaccord avec cette généralisation "L'activité physique est recommandée dans la prise en charge initiale du patient diabétique DT2, avant toute prise en charge médicamenteuse" qui laisse entendre que le traitement médicamenteux pourrait être optionnel ou repoussé dans tous les cas. Ce n'est pas démontré pour les patients à haut ou très haut risque
Expert 2	certes mais peut être préciser qu'il faut rechercher d'autres comorbidités comme le SAHOS qui par la fatigue peut entraver la mise en place d'AP
Expert 4	C'est parfois en même temps que la prise en charge médicamenteuse et non pas "avant", par exemple si le diabète est découvert avec un déséquilibre important.
Expert 5	si cela est possible
Expert 8	je simplifierais en disant qu'elle est recommandée tout au long de la prise en charge du DT2, dès le diagnostic
Expert 9	saut diabète d'emblée fortement déséquilibré où l' (activité physique est recommandée en même temps que le traitement médicamenteux
Expert 10	Nuancer. "Avant toute prise en charge médicamenteuse" oui dans la majorité des cas mais pas lors d'une découverte de DT2 avec un coma glycémique inaugural ou une pancréatite inaugurale ou une HbA1C >10 par ex Dans les 2 premiers cas, il y a une hospitalisation et mise sous insuline avant de revenir éventuellement à un autre traitement et aborder l'activité physique. Dans le cas d'une HbA1C découverte à plus de 10, on peut proposer un traitement médicamenteux en même temps que l'activité physique et les changements de mode de vie en expliquant au patient qu'on

	sera peut être amené à baisser le traitement. On a aussi besoin d'un bilan cardiovasculaire avant cette AP devant une HbA1C élevée inaugurale car Diabète potentiellement ancien non connu du patient qui ne consultait pas (pb sociaux et culturels)
Expert 13	Si le patient le souhaite, à son rythme et en suivant ses envies. Il faut aussi l'accompagner en lui donnant les ressources nécessaires pour le faire, et pas simplement être dans l'injonction à pratiquer.
Expert 14	AP est bien sûr "recommandée" quand elle est associée au réajustement diététique dans la prise en charge initiale du patient diabétique DT2, avant toute prise en charge médicamenteuse, dès le diagnostic et tout au long de sa prise en charge (grade B)".
Expert 15	patient diabétique DT2 ? patient avec DT2
Expert 16	se pose la question d'une évaluation systématique à l'aptitude d'une pratique sportive +++ avec accompagnement ou orientation vers des structure dédiées à l'accompagnement de ces patients
Expert 17	OK avec la formulation bcp plus "douce" que "indispensable"
Expert 30	"avant toute prise en charge médicamenteuse" pourrait être nuancée. Plutôt mettre "dès le début de la prise en charge"
Expert 32	Simplifier la formulation : "L'activité physique est une thérapeutique à part entière chez le patient atteint de DT2, recommandée dès le diagnostic et tout au long de la PEC". L'aspect "avant toute PEC médicamenteuse" a déjà été annoncé avant. pas utile de surcharger.
Expert 45	idem proposition 11, il faut parfois débiter le traitement médicamenteux rapidement si diabète très déséquilibré, en même temps que le versant MTMV
Expert 47	je rajouterai l'activité physique "adaptée"
Expert 49	Sauf cas particulier ou DT2 découvert très tardivement et donc bien avancé auquel cas l'activité physique sera en complément d'un traitement médicamenteux
Expert 50	Préciser peut être qu'en cas de diabète très déséquilibré il est recommandé de traiter d'emblée
Expert 51	dès le stade de prédiabète ou de déséquilibre glycémique
Expert 52	"avant toute prise en charge médicamenteuse" : pas d'accord chez un malade avec HbA1c à 10% en train de maigrir de 3 Kg par mois!!!!!!!!!!!!!! il faut certe promouvoir mais garder du bon sens
Expert 56	prise en charge médicamenteuse peut se faire en même temps
Expert 57	même commentaire que pour les MTMV
Expert 58	Là encore, on ne doit pas à mon avis conditionner la mise en place d'un traitement pharmacologique à la mise en place d'APA qui peut être longue à être débutée par le patient (inertie). Il faut à mon avis tout faire en même temps : APA + traitement pharmacologique
Expert 62	"avant toute prise en charge médicamenteuse" : dans certains cas un traitement médicamenteux s'impose d'emblée. Par ailleurs, une activité physique est parfois impossible.
Expert 64	meme remarque que plus haut
Expert 65	Quand des médicaments sont indispensables on ne peut pas retarder la PEC médicamenteuse si l'activité physique n'a pas commencé. Je supprimerais "avant toute prise en charge médicamenteuse"
Expert 70	Cette recommandation doit s'appuyer sur l'évaluation motivationnelle la capacité à faire l'impact aussi de la maladie sur notre possibilité. Apprendre qu'on a un DT2 peut être traumatisme ou réveiller un

	traumatisme ancien. Être obliger de faire de l'apa pour se soigner ne relève plus du plaisir de faire mais d'une nécessité dans un contexte pathologique
Expert 71	ne pas attendre avant de démarrer le traitement médicamenteux

Proposition 16

R.15 Les modalités (durée, intensité, fréquence, accompagnement, contre-indication) sont décrites dans les travaux de la HAS dans le cadre de la « Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé », déc. 2022 (grade C).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.28

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	1	2	0	4	14	47	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.29	95.71

Expert	Commentaires
Expert 8	pourquoi ne pas les reprendre ici, de façon à ce que les lecteurs n'aient pas à aller consulter un autre document ? ou mettre un lien pour y accéder directement ? je suggère de supprimer cette reco et de l'intégrer à la fin de la suivante qui décrit les bases d'une activité physique régulière
Expert 9	préciser de tenir compte des choix et préférences du patient
Expert 13	Les modalités dépendent surtout de ce que la personne peut faire et a envie de faire.
Expert 30	oui. Elles sont décrites. Des études de grandes envergures seront à mener pour aider aux choix des différentes modalités
Expert 32	Il s'agit d'une référence aux recos AP et non d'une recommandation. A supprimer mais annoncer la référence aux recos AP dans les recommandations suivantes.
Expert 43	Le versant motivationnel est primordial, je préciserais : Selon le niveau de recours définis par la HAS dans le cadre de la "consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé", le professionnel en APA évalue les incapacités fonctionnelles et l'état motivationnel en adoptant une approche pédagogique et éducative autour de la psychologie de l'engagement, des connaissances en activité physique à visée thérapeutique et de la limitation des comportements sédentaires. En effet, l'évaluation des aptitudes physiques ne saurait pas à elle-seule déterminer les possibilités à pratiquer en autonomie une activité physique.
Expert 52	ce n'est pas une recommandation c'est une explication!!!!
Expert 55	bien sûr mais ce n'est pas une proposition

Proposition 17

R.16 Les sujets diabétiques de type 2 doivent être encouragés à pratiquer une activité physique régulière pour atteindre progressivement les recommandations de l'OMS (grade B) pour les sujets de moins de 65 ans :

- 150 min/sem d'AP en endurance d'intensité au moins modérée, fractionnée et répartie sur la semaine ou 75 min d'AP d'intensité vigoureuse ou un mélange des deux
- 2 à 3 séances par semaines non consécutives d'AP en renforcement musculaire

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.19

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	0	2	9	20	38	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.82	97.18

Expert	Commentaires
Expert 2	commentaire général tout au long du texte parler des personnes atteintes de DT2 et de non de diabétique
Expert 4	Je pense que les reco de l'OMS ne pas " d'intensité au moins modérée" mais "d'activité modérée ou élevée" ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Dans la formulation on est passé de "patient diabétique" à "sujet diabétique" et en fait je renouvelle mon conseil de "personne vivant avec un diabète"
Expert 5	à préciser uniquement pour les sujets de moins de 65 ans ?
Expert 7	inapplicable ou incompréhensible exprimé comme cela s'exprimer en distance ou en temps et quelquefois en vitesse distance/temps
Expert 13	Ces normes de bonne santé sont trop rigides et ne correspondent pas à la diversité des profils. Pour certaines personnes, le simple fait de monter des marches peut être difficile. Il faut partir de la personne pour savoir ce qu'elle peut et souhaite faire.
Expert 14	a compléter par des exemples concrets
Expert 16	c'est le minimum, les reco sont 150 à 300min/sem + 2 à 3 séances de renforcement muscu par semaine
Expert 21	Théoriquement cette assertion est vraie mais la mise en pratique surfant quand des difficultés socio économiques sont présentes est difficile
Expert 24	R.16 Les sujets diabétiques de type 2 doivent être encouragés et accompagnés à pratiquer une activité

	physique régulière pour atteindre progressivement les recommandations de l'OMS (grade B) pour les sujets de moins de 65 ans :
Expert 27	150 min/sem d'AP en endurance d'intensité au moins modérée, fractionnée et répartie sur la semaine ou 75 min d'AP d'intensité vigoureuse représentent un minimum. Idéalement, selon les dernières recommandations de l'OMS 2020, il faudrait atteindre respectivement 300 min/sem d'AP en endurance d'intensité au moins modérée, fractionnée et répartie sur la semaine ou 150 min d'AP d'intensité vigoureuse
Expert 32	Formulation : - "ou un mélange des 2 types d'AP" - "2 à 3 séances non consécutives par semaine"
Expert 35	Je ne retrouve pas la durée des séances en renforcement musculaire dans l'argumentaire complet.
Expert 39	Pourquoi préciser "semaines non consécutives ? L'idéal est que cela reste hebdomadaire pour une meilleure observance. Je me rends compte que vous vouliez probablement dire : 2 à 3 séances non consécutives d'AP par semaine, en renforcement musculaire et là, c'est un tout autre sens, avec accord total de ma part. Je pense donc que l'ordre des mots est à réécrire. Accord total pour le reste.
Expert 43	Les activités physiques d'intensité vigoureuse (>65% VO2max ou >75% FCmax) demandent au préalable d'être supervisées et monitorées (1). Par ailleurs, les bénéfices perçus par une activité physique mixte (aérobie combinée à du renforcement musculaire) sont majorés quand elle est supervisée (2). Source : 1. INSERM 2019, Rapport d'expertise collective "Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques". 2. Pan et al 2018, Exercise training modalities in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and network meta-analysis
Expert 51	150mn.... ET 2 à 3 séances... Préciser que toute activité physique, même moindre ets un début pour atteindre ces objectifs.
Expert 52	OK, certes, mais la majorité des DT2 ont plus de 65 ans... il faut regrouper les reco par sous theme lorsqu'elles concernent la meme rubrique
Expert 53	IL serait interessant de mentionner que dans les recommandations OMS pour les adultes, pour avoir un bébnéficé substantiel pour la santé si possible il est interessant de viser 300 min d'activité physique d'intensité modéré par semaine ou 150 min d'activité soutenue.
Expert 57	Si leur état physique le permet, en l'absence de CI
Expert 62	Pourquoi uniquement "pour les sujets de moins de 65 ans" ? Tout dépend des capacités physiologiques de l'individu et non seulement de son âge chronologique !
Expert 65	150 min/sem d'AP en endurance: ajouter au minimum
Expert 66	Toujours adapté au patient
Expert 68	De manière générale, dans tout le document, le terme "sujet" est employé (sujet diabétique, jeune, âgé, ...), qu'il faudrait sans doute remplacer par "personne". Dire qu'une personne est un "sujet" n'est pas très élégant et pourrait être mal vu par certains lecteurs.
Expert 70	Sur le principe oui mais en réalité difficile à mettre en place. La découverte des recommandations par le patient est souvent vécu comme une montagne à franchir. Important de l'aider à dépasser ses freins
Expert 76	Prendre en compte qu'un patient malvoyant ne peut pas faire d'exrcice physique regulier car il ne voit pas

	bien. Un mauvaise vue est un facteur de risque de sédentarité et vient aggraver le cercle vicieux déjà existant
--	---

Proposition 18

R.17 Les sujets diabétiques de type 2 doivent être encouragés à diminuer le temps total de sédentarité (facteur de risque indépendant de DT2) (grade B).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.62

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	3	4	8	59	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	Si la sédentarité est un facteur de risque de diabète, sa diminution est intéressante pour la prévention mais pas ici si on est dans le traitement. Il faut donc formuler différemment.
Expert 7	cela paraît fluet ou fort modéré / proposition 11
Expert 8	d'accord avec la reco mais pas avec le contenu de la parenthèse (l'objet n'est plus le risque de DT2 mais la réduction du risque cardio-vasculaire à ce stade et l'amélioration de l'insulinorésistance)
Expert 11	Est-il possible d'ajouter la définition de la sédentarité pour la distinguer de l'inactivité d'activité physique ?
Expert 13	Si elles le souhaitent. Il faut construire avec elles leurs normes de bonne santé, selon leurs choix de vie, sinon ça ne fonctionne pas.
Expert 15	temps total de sédentarité c'est bizarre comme formulation
Expert 16	avec la tenue d'un cahier d'activité avec des objectifs mesurables et qui évoluent en fonction des performances de chacun
Expert 32	Je supprimerais "FDR indépendant de DT2" puisque nous nous adressons à des situations de DT2 avéré.
Expert 34	peut être redondant avec la phrase de dessus. pas forcément besoin de cette redite
Expert 39	Et facteur de risque indépendant de cancer
Expert 46	intérêt des MSS, des parcours pluripro au niveau MSP CPTS
Expert 51	rappeler la définition de la sédentarité (https://onaps.fr/les-definitions/) pour bcp de professionnels il s'agit d'absence d'activité physique.
Expert 52	OUI MAIS cette parenthèse (facteur de risque indépendant de DT2) n'a plus sa place elle concerne la prévention primaire de la maladie ici on est dans le traitement du DT2 installé, la parenthèse affaiblit la reco

R.18 Les sujets diabétiques de type 2 doivent être encouragés à rompre les temps prolongés assis en se levant et en bougeant au moins une minute toutes les heures (grade C)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.80

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	3	6	2	7	13	40	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.85	93.15

Expert	Commentaires
Expert 7	trop réducteur
Expert 8	je suggère de mettre cet aspect pratique à la fin de la reco précédente et ne pas faire de reco supplémentaire
Expert 16	sur une journée de 24h, si on compte 8h de sommeil il reste 16h soit 16min d'activité physique/jour. ça ne fait pas bcp ; proposition de 2 min ttes les heures serait mieux??
Expert 17	ah oui et on fait comment en pratique, on met le réveil ? Préférer le pratique : le nombre de pas, monter les marches etc...
Expert 30	Attention aux implications en médecine du travail et en milieu professionnel.
Expert 34	dire qu'il faut favoriser l'activité physique me semble suffisant
Expert 43	Source : AVIS de l'ANSES relatif à l'évaluation des risques liés aux niveaux d'activité physique et de sédentarité des adultes de 18 à 64 ans.
Expert 45	Plutôt toutes les 30 minutes ?
Expert 50	A grouper avec la precedente car redondant
Expert 51	1 minute? je pensais 5mn....
Expert 52	c'est une reco R17.1 qui participe à la lutte contre la sédentarité et ne mérite pas une reco indépendante son niveau de preuve en terme d'efficacité est il vraiment solide
Expert 55	oui mais 1 minute est vraiment insuffisant, peut être insister en mettant entre 1 et 5 minutes ? mais je crains que cela n'incite à encourager 1 minute, ou mettre quelques minutes (ce qui exclue implicitement 1 minute)
Expert 66	Ou s'ils ne peuvent pas se lever (problème podologique par exemple) , activité adaptée (mouvements des bras)
Expert 73	Un point d'attention sur la sédentarité en milieu professionnelle et le développement du télétravail depuis

	la crise du Covid-19. Les personnes DT2 (moins de 65 ans) sont potentiellement toujours en activité professionnelle.
--	--

	Santé publique France a publié en juillet 2023 une revue de littérature "Efficacité des interventions pour limiter la sédentarité en milieu professionnel"
--	--

Proposition 20

R.19 Les exercices d'assouplissement sont conseillés, mais ils n'ont pas d'effet sur la sensibilité à l'insuline, la glycémie ou la composition corporelle (grade AE).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.48

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	2	11	3	5	12	27	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.92	95.08

Expert	Commentaires
Expert 8	reco inutile et contre-productive, car l'assouplissement fait partie de l'activité physique adaptée
Expert 14	Ils initient toutefois le mouvement et encouragent toutes les propositions précédentes
Expert 15	litigieux
Expert 16	en complément d'une marche active seuls aucun effet sur la sensibilité mais c'est un bon début
Expert 17	je n'ai pas de référence précise en tête sur le sujet, à vérifier !
Expert 19	importance relative
Expert 21	Je ne vais pas trop l'intérêt de cette phrase
Expert 22	Je comprends mal l'intérêt de cette proposition spécifiquement dans la prise en charge du diabète
Expert 34	cette précision est bonne
Expert 35	Il serait intéressant de préciser les types d'activité que vous associez aux exercices d'assouplissement (exp : pilates = assouplissement ou renforcement musculaire ?)
Expert 43	Dans le cas des personnes âgées vivant avec un diabète de type 2 sont soit extrêmement fragiles, soit en fauteuil roulant, soit alités et n'ont pas une condition physique suffisante pour faire des exercices aérobies ou de résistance. L'étirement statique des muscles squelettiques accroît les bénéfices de l'exercice sans le stress physique qui l'accompagne. Plusieurs études ont montré que les étirements contribuent à la régulation de la glycémie immédiatement après l'intervention. Source : Tanwar et al. 2023. Effect of stretching exercises on blood glucose levels in patients with type 2 diabetes mellitus: a brief review
Expert 47	rajouter à assouplissement "coordination et équilibre"

Expert 51	Préciser qu'ils sont utiles pour éviter de se blesser
Expert 52	c'est une reco R17.2 qui participe à la lutte contre la sédentarité et ne mérite pas une reco indépendante
Expert 53	A démontrer sur le long court. Plusieurs types d'exercice d'assouplissement... Peut-être être moins affirmatif
Expert 56	Est-ce utile ici ? Il y a plein de choses conseillées pour la santé et qui n'ont pas d'effet directs sur la glycémie ;-) La méditation, par exemple. Encore que ça fait baisser la glycémie, je crois...

Proposition 21

R.20 Il faut parfois commencer par des AP de faible durée et/ou de faible intensité, et en l'absence de contre-indication et de bonne tolérance, augmenter progressivement en durée et/ou à des intensités élevées, pour de meilleurs résultats (grade AE).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.48

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	0	4	15	52	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.35	98.65

Expert	Commentaires
Expert 8	reco peu éclairante, à supprimer
Expert 11	Que signifie "en l'absence de bonne tolérance" ? Proposition: augmenter progressivement en durée et/ou en intensité (supprimer élevées ?)
Expert 13	Oui si la personne le souhaite. Si une personne a trouvé une activité d'intensité faible mais qu'elle souhaite la maintenir ainsi, il faut l'accepter.
Expert 14	les AP sont adaptées et personnalisées
Expert 16	la notion "de répétition" est plus importante que la notion "augmenter en intensité "
Expert 32	OK mais je préciserais "Chez les patients sédentaires, il est recommandé de commencer par..."
Expert 51	selon les capacités individuelles
Expert 52	ça relève me semble t il du bon sens c'est du R17.3!
Expert 55	j'enlèverai parfois
Expert 70	Importance de la relation kiné APA pour permettre de faire faire

Proposition 22

R.21 Une évaluation médicale minimale est recommandée avant de commencer ou d'augmenter une AP d'intensité au moins modérée (grade AE).

Une consultation médicale d'AP est préconisée avant toute pratique d'AP d'intensité élevée. Les patients DT2 inactifs ou avec facteur(s) de risques cardiovasculaires (RCV) associé(s) peuvent en bénéficier avant la pratique d'une AP d'intensité modérée. Elle peut se justifier pour des besoins d'accompagnement, en cas de motivation faible ou pour une éducation du patient sur la maladie, ses médicaments et leurs interactions avec l'AP (grade AE).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.19

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	3	2	9	13	42	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.43	98.57

Expert	Commentaires
Expert 7	L'AP n'est pas un risque mais la cause à ne reprendre que pour les seuls les patients avec cardiopathie ischémique avérée donc plus qu'un FRCV
Expert 8	d'accord avec l'objet de cette reco mais sa formulation est contradictoire, si on préconise une évaluation médicale pour l'activité même modérée, il est inutile d'indiquer une consultation médicale pour l'activité d'intensité élevée. L'évaluation médicale minimale n'est elle pas une consultation médicale (qui peut éventuellement être déléguée à une IPA) ?
Expert 22	Il me semble important de justifier cette recommandation par la dernière. Cette problématique se heurte au manque de formation des soignants sur la place de l'AP chez des patients porteurs de pathologies chroniques. Mais on peut espérer que les choses changent progressivement.
Expert 43	Ajouter : Une consultation médicale approfondie d'AP est préconisée avant toute pratique d'AP d'intensité élevée. Source : HAS 2022 "Consultation et prescription d'AP à des fins de santé"
Expert 51	les patients DT2 inactifs ou avec facteur(s) de risques cardiovasculaires (RCV) associé(s) peuvent en bénéficier avant la pratique d'une AP d'intensité modérée...peuvent ou doivent ?

	A la fin ajouter le role des éducateurs APA et kinés
Expert 52	Une consultation médicale d'AP est préconisée avant toute pratique d'AP d'intensité élevée. ???? au dessus on parlait jusqu'à présent de modéré meme dans le libellé de R21 c'est confus
Expert 53	Préciser qui réalise cette consultation.
Expert 54	Un bilan auprès d'enseignant en APA pourrait être préconisé pour débiter une AP et pour augmenter l'intensité d'une AP
Expert 55	on ne peut qu'être d'accord mais est-ce bien utile dans la pratique ?
Expert 63	"elle peut se justifier pour des besoins d'accompagnement, en cas de motivation faible ou pour une éducation du patient sur la maladie" ne paraît pas spécifique à l'AP au moins modérée préconisations sur les adaptations médicamenteuses ne sont pas citées ?
Expert 65	Une consultation médicale d'AP voire un avis cardiologique est préconisé avant toute pratique d'AP d'intensité élevée.
Expert 70	Pas que: elle doit être complétée par une évaluation physique kiné APA

Proposition 23

R.22 Un bilan médical annuel du diabète est recommandé : évaluation du RCV, recherche de neuropathie périphérique, de rétinopathie et de néphropathie et évaluation du grade de risque podologique (grade AE). Une consultation avec un spécialiste endocrinologue diabétologue nutritionniste (EDN) est requise pour les patients DT2 traités par insulinothérapie intensive (basal-bolus) et/ou les patients DT2 mal équilibrés (grade AE).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	2	3	4	5	13	44	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.17	95.83

Expert	Commentaires
Expert 5	dire que le bilan médical doit être au minimum annuel
Expert 6	les endocrinologues-diabétologues ont-ils la possibilité de voir en consultation tous les patients DT sous insulinothérapie actuellement suivis par leur médecin traitant? faisabilité?
Expert 7	Une consultation avec un spécialiste endocrinologue diabétologue nutritionniste (EDN) est requise pour les patients DT2 traités par insulinothérapie intensive (basal-bolus) et/ou les patients DT2 mal équilibrés et/ou après chaque complication avérée du DT2
Expert 8	je suggère de préciser que le caractère annuel est indiqué quand le niveau d'HbA1c est supérieur à 7% (car cette systématisation inutile empêche le recours aux soins nécessaires et est très coûteux pour la collectivité) reco à positionner plus en amont
Expert 9	la recherche de rétinopathie est recommandée tous les 2 ans me semble t-il dans les dernières recos (à vérifier) le recours au diabétologue est pertinent pour l'insulinothérapie intensive, il l'est moins pour les diabètes mal équilibrés (sauf si nécessite d'insulinothérapie intensive !) et dépend beaucoup des compétences du généraliste, en diabétologie
Expert 10	pour le dépistage de la rétinopathie, cf reco HAS de 2010 et retinodiab.fr, une recherche de rétinopathie tous les 2 ans est recommandée et non tous les ans. Modifier la phrase de la reco ?

	Pour les autres évaluations et dépistage, je mets 9 mais pour la rétinopathie, je pense qu'il faut modifier à tous les 2ans Pour la place de l'endocrinologue diabétologue : OK je mets 9
Expert 11	Je suis totalement en accord avec cette recommandation (chiffre 9) en revanche, je ne comprends pas pourquoi elle est notée dans le chapitre sur sédentarité / activité physique.
Expert 14	le spécialiste endocrinologue diabétologue nutritionniste (EDN) recueille t il les PEC concomitantes?
Expert 15	Peut être ajouter la NASH/fibrose hépatique dans les complications à rechercher et un bilan psychosocial car dans la maladie chronique c'est essentiel
Expert 16	une cs avec un spécialiste EDN devrait être requise dès l'échec de la mise en place des MTMV et du premier traitement sous médicaments
Expert 19	pour la recherche de néphropathie préciser DFGe, RAC, Score de risque rénal
Expert 24	Un bilan médical annuel du diabète est recommandé : évaluation du RCV, recherche de rétinopathie, de néphropathie et de neuropathie périphérique accompagnée d'une évaluation du grade de risque podologique, d'un bilan des anomalies lipidique, un bilan hépatique complet (grade AE). Une consultation avec un spécialiste endocrinologue diabétologue nutritionniste (EDN) est requise pour les patients vivant avec du diabète depuis plus de 10 ans, les DT2 traités par insulinothérapie intensive (basal-bolus) et/ou les patients DT2 mal équilibrés et/ou les patients présentant à minima une complication (grade AE)
Expert 26	plutôt que "requis", "souhaitable" ?
Expert 30	comment prendre en compte les résultats de UKPDS-10ans et de l'effet mémoire? Ne faut-il pas rajouter que le patient devrait être évalué par un EDN au moins 1 fois avant les 10 ans de son diabète même sans insuline ou déséquilibre ? Proposer le spécialiste EDN comme un expert qui propose une feuille de route pour la prise en charge et sur les choix des thérapeutiques médicamenteuses de plus en plus complexes à associer?
Expert 32	Je ne comprends pas la formulation. Doit être remis dans le contexte de l'activité physique (bilan recommandé pour vérification du statut CV, rétinien, podo avant reprise AP, puis suivi annuel comme pour tout DT2). Idem pour les patients insulinés/déséquilibrés : l'idée est de discuter de l'adaptation des traitements et du risque hypoglycémique ? A clarifier
Expert 37	ajouter, dans les patients à adresser au spécialiste les patients diabétiques à haut risque et très haut risque cardio-vasculaire, pour optimisation du traitement à visée cardiovasculaire
Expert 44	pour la consultation annuelle avec l'endocrinologue, on pourrait rajouter pour les patients avec DT2 avec - obésité grade 3 (IMC sup à 40) - complications multiples
Expert 45	Je trouve qu'un patient DT2 sous insuline basale seule justifie également un suivi par un diabétologue (surtout maintenant qu'on peut leur prescrire une mesure continue du glucose, les généralistes n'étant pas toujours formés à la prescription et la lecture des données de la MCG)
Expert 51	Un bilan médical annuel du diabète est recommandé : évaluation du RCV, recherche de neuropathie périphérique, D'ATTEINTE VASCULAIRE, de rétinopathie et de néphropathie et évaluation du grade de risque podologique (grade AE). Une consultation avec un spécialiste endocrinologue diabétologue nutritionniste (EDN) est requise pour les patients DT2 traités par insulinothérapie intensive (basal-bolus)

	et/ou les patients DT2 mal équilibrés (grade AE). REQUISE ou CONSEILLÉE? Attention à l'accès aux soins de plus compétences diabète de + en + solides en médecine générale.
Expert 52	l'avis spé serait utile pour validation/invalidation des mises à l'insuline
Expert 53	C'est très restrictif de recommander l'accès au médecin spécialiste du diabète (EDN) uniquement pour les diabètes de type 2 évolués ou déséquilibrés. La consultation avec le médecin spécialiste du diabète est importante dans la première année suivant le diagnostic du diabète puis à chaque étape démontrant une évolution de la maladie (complications sévères, déséquilibre..) . Cela permet de bien phénotyper le type de diabète, faire un bilan complet, valider les parcours et adapter les traitements en conséquent. Cela permet aussi de favoriser l'accès à l'ETP, et travailler sur la motivation à pratiquer une APA et une bonne hygiène de vie mais aussi pour rechercher et prendre en charge les retentissements psychologiques et socio-professionnels du diabète.
Expert 54	Le bilan médical est aussi l'occasion de réévaluer les MTMV et d'orienter vers des professionnels experts dans ces domaines le cas échéant.
Expert 57	je rajouterai évaluation de la NAFLD selon les reco européennes (EASL)
Expert 62	La définition de "mal équilibrés" peut poser problème car elle dépend de l'interprétation subjective du praticien et du profil individuel du patient (susceptible d'influencer les objectifs)
Expert 65	...évaluation du grade de risque podologique: ajouter avec recherche d'une AOMI
Expert 74	la rétinopathie doit-elle être évaluée tous les ans quand le diabète est bien équilibré ?
Expert 76	ajouter "maculopathie diabétique" aussi

Proposition 24

R.23 Une épreuve d'effort est préconisée avant une AP d'intensité élevée ou chez un patient avec un DT2 ayant le souhait d'activité sportive en compétition. Un score calcique coronaire peut être proposé pour préciser le niveau de RCV avant une épreuve d'effort (grade C).

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.51

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	2	1	2	7	3	4	6	38	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.77	89.23

Expert	Commentaires
Expert 1	Le teste d'effort de dépistage systématique n'a jamais démontré son utilité et chez les diabétiques il a même démontré son absence d'effet sur les événements cliniques (Wackers FJ, Young LH, Inzucchi SE, et al. Detection of silent myocardial ischemia in asymptomatic diabetic subjects: the DIAD Study. Diabetes Care. 2004;27:1954-1961.) Le score calcique peut être proposé pour affiner l'estimation du risque (PMID: 32846201)
Expert 4	Je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de données démontrant l'intérêt de l'épreuve d'effort (d'ailleurs, de quel type d'épreuve d'effort s'agit-il ? Une formulation plus correcte me semblerait "une évaluation cardiovasculaire complète comprenant éventuellement un ECG d'effort".
Expert 8	remplacer épreuve d'effort par ECG d'effort ?
Expert 9	boff pour le score calcique : cf. revue Prescrire Novembre 2023 ; Tome 43 N° 481 en PJ Et l'épreuve d'effort traditionnelle avant activité physique est peu performante (faux positifs et négatifs fréquents dans mon expérience de 45ans de médecine générale en cabinet de groupe)
Expert 15	Plusieurs idées mélangées dans ces deux phrases, ce n'est pas clair chez quels patients il faut faire une EE ou un score calcique Et le cardiologue ?
Expert 17	EE= orienter le patient à un cardiologue pour réaliser un ECG à l'effort (svt ou s-max) pas d'intérêt chez les patients diabétiques asymptomatiques dont la prise en charge globale est optimale avec ou sans traitement déjà instauré.
Expert 19	Ne peut-on pondérer les poids relatifs d'une épreuve d'effort et d'un score calcique ?
Expert 20	Il est question ici de la prudence à observer avec de pratiquer une AP d'intensité élevée, justifiant la

	réalisation d'une épreuve d'effort, quel que soit le niveau de risque du patient. Du coup, la partie sur le score calcique, qui ne sert qu'à reclassifier le risque CV du patient, n'a pas d'objet ici à mon sens.
Expert 22	Je ne me sens pas suffisamment compétent sur cette question spécifique pour répondre.
Expert 25	l'épreuve d'effort semble de moins en moins pertinente et il faut arreter de la préconiser à tout va chez les diabétiques.
Expert 32	"Une consultation de cardiologie avec réalisation d'un test fonctionnel à la recherche d'une ischémie myocardique silencieuse est préconisée avant la reprise d'une AP..." Je supprimerais la notion de score calcique ici.
Expert 39	Remarque : l'accès à l'évaluation du score calcique devrait être normée et évaluée en recherche, pour en préciser l'accès à certains profils de patients En parfait accord pour le reste.
Expert 43	EFR et avis pneumologique Dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques, un avis pneumologique avec EFR peut se justifier, s'il date de plus d'un an. Chez les patients atteints d'une pathologie respiratoire chronique sévère, un TDM6 ou un Test 2 minutes montée genoux, avec enregistrement continu de la saturation en oxygène est recommandé, s'il date de plus d'un an. Ce test peut détecter une désaturation à l'effort, absente au repos.
Expert 47	on peut préciser pour intensité élevée " > à 6 METs" en définissant le MET (3,5 ml/min/kg de VO2) et un exemple vitesse de 6 Km/h pour un patient de 70kg sur terrain plat.
Expert 51	éventuellement complété par un coroscan.
Expert 52	Une épreuve d'effort est préconisée avant une AP d'intensité élevée ou chez un patient avec un DT2 ayant le souhait d'activité sportive en compétition: accord total Un score calcique coronaire peut être proposé pour préciser le niveau de RCV avant une épreuve d'effort (grade C). desaccord total le CAC stratifie le risque CV ischémique et effectivement rend l'épreuve d'effort inutile dans cette indication en revanche l'épreuve effort reste indiquée même à CAC faible pour repérer une inadaptation à l'effort, un troubles du rythme à l'effort, une HTA d'effort pathologies qui ne seront pas détectées par le CAC, ne pas l'utiliser ici en substitution
Expert 56	Aucune preuve, à ce stade, de l'intérêt du score calcique
Expert 60	l'épreuve d'effort à titre systématique d'un patient DT2 sans évaluation du risque cardiovasculaire ne me paraît pas pertinente (age, tabac, niveau d'entraînement, atcd médicaux....)
Expert 62	Score calcique AVANT une épreuve d'effort : peut-être mais pas vraiment justifié et pas la pratique clinique quotidienne !
Expert 63	inverser : chez un patient avec un DT2 avant une AP d'intensité élevée ou ayant le souhait d'activité sportive en compétition.
Expert 65	OK. On pourrait spécifier "une épreuve d'effort avec ou sans imagerie cardiaque". Voir svp la pièce jointe: Position paper SFD-SFC 2021 sur la stratification du risque coronaire chez les patients diabétiques. A considérer aussi dans l'argumentaire svp
Expert 68	En accord avec la première proposition. Pas d'avis pour la seconde.
Expert 74	l'accès au cardiologue pour l'EE et le score calcique peuvent être d'accès très compliqué et long

Proposition 25

R.24 La prescription d'activité physique doit être individualisée et adaptée au niveau initial d'activité physique et aux capacités physiques des patients (grade AE)

Valeurs manquantes : 3

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	2	11	56	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	et aussi aux possibilités sociales (aidants, actifs...)
Expert 8	et à ses aspirations
Expert 9	et aux préférences du patient
Expert 14	Je pense que c'est la base de toute prescription
Expert 34	on parle de prescription mais pas encore vraiment mis en place sur le terrain , de ce que je vois. peut etre mettre le conseil d'une pratique d'activité physique
Expert 39	Je pense qu'il faut revoir l'ordre chronologique des propositions sur l'activité physique, le bilan annuel, car le lecteur a l'impression de revenir en arrière plusieurs fois, ce qui entraine une confusion et pauci-clarté de la chronologie des messages : 1- la théorie connue sur les bienfaits de l'AP 2- Avant la prescription, le bilan à faire, et pour qui, avec message ciblé sur nécessité de dépistage de la neuropathie des membres inférieurs, pour en tenir compte lors de la prescription d'AP ou d'APA 3- la prescription, avec le cas particulier inhérent à la neuropahtie des membres inférieurs, et autres pb de santé cardiovasculaires 4- l'évaluation et adaptation des messages ETP et AP auprès du patient Sinon je suis totalement d'accord sur la proposition 25, mais je voulais vous alerter sur le message ci-après qui arrive à peu près à ce niveau.
Expert 43	J'ajouterais : au niveau initial d'activité physique, aux capacités physiques, et aux comportements de sédentarité des patients.
Expert 51	Les douleurs articulaires, l'évolution arthrosique doivent être évalués.

Expert 52	c'est un scoop!
Expert 55	certes, mais est-ce utile ?
Expert 71	phrase pas claire : a prescription d'activité physique doit être individualisée et adaptée au niveau initial d'activité physique et aux capacités physiques des patients

Proposition 26

R.25 Les patients avec un DT2 doivent souvent être motivés, suivis et éduqués sur les effets bénéfiques de l'AP, les risques (signes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse) et leur prévention (prévention des ulcères des pieds), les médicaments et leurs interactions avec l'AP notamment le risque d'hypoglycémie (grade AE).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	2	3	13	53	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.35	98.65

Expert	Commentaires
Expert 4	C'est quoi "les signes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse" ?
Expert 15	en fait tout dépend de la typologie de patients pris en charge, c'est compliqué de le postuler pour tous les patients avec DT2
Expert 16	d'où l'intérêt de les diriger vers un plateau médical ou médecin EDN référent pour un ETP. discuter avec d'autres personnes qui ont la même problématique est une source de motivation+++
Expert 32	A simplifier et à regrouper avec la R.29. De façon globale, trop de recos sur l'AP à mon avis, ce qui risque de nuire à la lisibilité d'ensemble. Voir comment regrouper des items et simplifier/clarifier les messages.
Expert 43	Point de vigilance sur l'interaction entre le traitement médicamenteux et l'entraînement physique : Chez les DT2, après une AP d'intensité élevée, on peut observer une hyperglycémie secondaire à une augmentation importante des catécholamines stimulant la production de glucose par le foie et à la réduction de la consommation de glucose par les muscles en post exercice. Cet effet est transitoire et s'accompagne d'un retour à une glycémie normale en 30 à 60 min, voire à une glycémie plus basse qu'avant l'AP induisant une hypoglycémie réactionnelle. Source : INSERM 2019, Rapport d'expertise collective "Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques".
Expert 46	parcours pluripro IDE asalée IPA
Expert 50	Pas clair

Expert 51	Une information sur le chaussage est indispensable (chutes, plaies, gonalgies, aponévrites plantaires)
Expert 52	regrouper les reco sur activité physique dans la meme rubrique svp
Expert 55	oui, sauf pour les signes évocateurs d'ischémie silencieuse qui par définition est silencieuse (cela peut être utile pour les sportifs qui voient une diminution de leur performance) mais peu compréhensible pour le praticien
Expert 60	quels sont les signes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse qui par définition est silencieuse. phrase non pertinente
Expert 62	Signes évocateurs d'ischémie silencieuse : quels sont-ils ?
Expert 65	Concernant les risques (signes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse), je dirais plutôt risque coronaire (car il n'y a pas de signes évocateurs: pour dépister cette ischémie il faut faire une épreuve d'effort) et j'en parlerais seulement en cas d'AP de forte intensité
Expert 73	"sensibilisés" plutôt qu'"éduqués" sur l'importance des examens de suivi et de dépistages recommandés à réaliser régulièrement
Expert 74	oui quand il y a les ressources suffisantes

Proposition 27

R.26 Prescrire un programme d'AP adaptée d'endurance et de renforcement musculaire, d'une durée de 3 mois, renouvelable, à raison de 2 à 3 séances par semaine (grade AE)

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.70

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	6	7	10	12	34	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.82	97.18

Expert	Commentaires
Expert 4	Et l'équilibre et la souplesse ?
Expert 8	reco peu compréhensible et en contradiction avec la reco 24 ; ce ne doit pas être une injonction
Expert 13	Pour les patients qui acceptent, à condition d'avoir un accompagnement adaptés, des professionnels bien formés, et des séances qui ne soient pas trop rigides dans leurs modalités d'accueil et de pratiques.
Expert 14	Ce programme doit également intégrer ou initier une PEC nutritionnelle visant
Expert 15	cela dépend des patients
Expert 16	oui mais avec un objectif à atteindre à la fin de ses 3 mois Pourquoi pas un capteur de glycémie en continue afin d'observer l'impact de l'AP sur les glycémies.
Expert 19	Préciser qui doit le prescrire
Expert 21	Cette affirmation est trop restrictive si on veut respecter les recommandations précédentes d'adception nécessaire à chaque patient y compris dans le temps
Expert 27	Cette recommandation donne l'impression qu'une prescription d'APA est limitée à 3 mois voire 6 alors que l'engagement dans l'activité physique pour les DT2 et d'autres publics à besoins spécifique doit être à vie. Il serait plus judicieux d'écrire qu'un engagement des patients dans l'activité physique régulière peut être initiée par une prescription d'APA, pratiquée par les professionnels du domaine (e.g. les Enseignants en APA formés l'université) dont une des préoccupations et l'incitation au maintien de l'activité physique dans la durée : https://c3d-staps.fr/wp-content/uploads/2023/05/2022-07-06-CNAPAS-socle-commun-VO.pdf
Expert 32	Regroupement avec R.16 à voir.
Expert 34	a bien reprendre le mot prescription?????

Expert 40	les patients ne sont pas toujours en mesure de le faire pour des raisons d'organisation de vie
Expert 43	Préciser : L'orientation se fait vers un professionnel en APA tel que défini par la HAS en 2022 (niveau 2 : Enseignant en APA, Kinésithérapeute ou ergothérapeute).
Expert 46	oui car on sait qu'à 6 mois le changement de comportement est durable
Expert 50	Plutôt « la prescription » que prescrire Préciser si cela concerne tous les DT2
Expert 51	Eventuellement pour les patients particulièrement fragiles et inactifs commencer par des séances de remise en activité encadrées par un kiné
Expert 52	accessibilité ? pourquoi 3 mois et pas 6 ou 12
Expert 53	Mettre les références pour l'aide à la prescription de l'APA et les conditions de prises en charge
Expert 62	Idéal, mais pas très réaliste dans l'état actuel !
Expert 63	comme dit plus haut doit être individualisé
Expert 65	Je propose: Après avoir testé l'acceptabilité du patient, prescrire un programme d'AP adaptée...
Expert 70	Importance de l'évaluation et de la compréhension du muscle Importance du travail collaboratif kiné APA

Proposition 28

R.27 Tous les professionnels de santé en contact avec des sujets diabétiques de type 2 doivent se renseigner sur les structures d'orientation ou de dispensation d'AP à des fins de santé existantes sur son territoire (par exemple auprès des maisons sport-santé) (grade AE).

Valeurs manquantes : 1

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.76

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	1	1	0	5	1	9	13	40	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.85	93.15

Expert	Commentaires
Expert 2	ou alors ce serait à l'ARS de fournir une liste de ce type de structure difficile d'imaginer le médecin seul dans son cabinet qui se mette à la recherche de toutes ces structures indispensables à la prise en soin des patients avec DT2
Expert 8	remplacer "à des fins de santé" par "adaptée"
Expert 13	Oui et se renseigner sur les structures vraiment adaptées, il faut construire la confiance entre les acteurs d'un territoire, qu'ils apprennent à se connaître et voir comment les uns et les autres travaillent pour orienter au mieux les patients.
Expert 14	et de diététiciens nutritionnistes formés
Expert 15	Je trouve ça toujours curieux, tous les professionnels de santé doivent faire leur travail du mieux qu'ils peuvent, non ?
Expert 16	une liste des différentes structures de notre ville et des alentours devrait être établie...
Expert 17	"en contact" mauvais terme ça laisse penser au hasard. Préférer "partie prenante au parcours de soins"
Expert 21	Théoriquement Ani mais c'est la que la notion de partage des tâches dans cet accompagnement intervient avec notamment l'existence des infirmier (azalée et IPA)
Expert 26	Je ne crois pas que ce soit de la responsabilité des professionnels de santé
Expert 34	on a aussi dans des secteurs des associations qui ont mis en place l'APA. à préciser peut être ne pas parler que de maisons du sport
Expert 38	tous = exagéré ! médecine referent et diabète uniquement
Expert 39	Rôle des ARS et DAC, non ? avec listes renvoyée aux professionnels de santé
Expert 44	Il conviendrait que les ARS ou les CPAM départementales fournissent aux professionnels de soins les

	listes de structure existantes. Cela pourrait être aussi un rôle des CPTS. Au quotidien, les PDS n'ont pas toujours le temps et les moyens de chercher les structures existantes, d'autant plus que celles ci peuvent changer dans le temps. Par contre, c'est le rôle des PDS de relayer ces informations aux patients.
Expert 45	oui mais ce n'est pas très facile de trouver les informations ce serait bien que les professionnels de santé pourraient également être informés directement ?
Expert 46	probleme du financement des MSS
Expert 52	voeux pieux qui devrait etre inversé dans un souci d'efficacite! toutes les structures d'orientation ou de dispensation d'AP à des fins de santé existantes sur un territoire devraient entrer en contact avec les professionnels de santé en contact avec des sujets diabétiques de type 2 donc créer pour chaque territoire un systeme d'interface efficace
Expert 53	Ce n'est pas toujours évident pour les professionnels de trouver l'information, ajout d'un lien internet?
Expert 62	Idéal, mais pas très réaliste dans l'état actuel !
Expert 70	Le kiné peut être une ressource importante dans la construction des parcours de soins en collaboration avec les autres acteurs de soins.
Expert 73	Oui , c'est une question incontournable des patients...
Expert 74	c'est plutôt à ces structures d'informer les professionnels de santé

Proposition 29

R.28 Les sujets diabétiques de type 2 devraient au moins pouvoir bénéficier d'un remboursement de l'APA par l'assurance maladie et au mieux avoir accès à un parcours de soins global comme cela a été fait pour les sujets atteints de cancer, ce qui permettrait de faciliter l'accès, entre autres, à la pratique de l'activité physique, une prise en charge nutritionnelle (grade AE) '

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.20

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	1	3	4	2	11	49	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.17	95.83

Expert	Commentaires
Expert 2	ceci est vrai aussi pour les patients atteints d'obésité et sans diabète ++
Expert 4	Ah Ah oui, mais on serait bien heureux de l'avoir cette solution.
Expert 8	si l'intention est louable, demander un financement pour toute AP est illusoire. Je suggère de financer d'abord l'initiation à l'APA (ateliers "passerelle")
Expert 15	choix politique
Expert 28	ce n'est pas la place dans des reco de la HAS de demander le remboursement de l'APA par l'AM ... je demande à faire enlever cette notion de remboursement dans cette proposition.
Expert 32	Regroupement avec R.28 à voir.
Expert 34	j'ai le doute du remboursement , mais la phrase est vertueuse
Expert 39	D'accord à 300% !!
Expert 44	Il est difficile de comparer cancer et diabète. Le diabète est une maladie chronique définitive alors que l'on peut guérir d'un cancer. On pourrait proposer un remboursement pour une période donnée (par exemple 3 ou 6 mois tous les 4 à 5 ans). Il semble plus important de mettre les moyens dans l'initiation à la mise en place de l'activité physique afin de rendre les patients autonomes.
Expert 46	ca aiderait
Expert 51	il en est de même pour la prise en charge nutritionnelle

Expert 52	en quoi le remboursement de l'APA: va faciliter l'accès à "une prise en charge nutritionnelle" ? confus separer le financement de l'APA et celui des étapes du parcours de soin "global" pas d'avis sur la mesure 1) en l'absence de chiffrage 2) devant le désastre de l'essai clinique look ahead NEJM prouvant une absence d'observance au delà d'une année
Expert 55	tout à fait d'accord mais c'est une demande aux tutelle et pas une proposition pour les praticiens
Expert 58	Ce pourrait être une mesure utile pour faciliter l'accès à l'AP (salle de sport, club sport santé) pour les DT2 à faible revenu
Expert 61	à expliciter, rembourser 1 consultation de nutrition ? 2?
Expert 62	Pourquoi "au moins" ?
Expert 63	"une prise en charge nutritionnelle" retirer de cette phrase car n'est pas dans le champ de compétence de l'APA. proposition de reformulation pour clarifier "Les sujets diabétiques de type 2 devraient au moins pouvoir bénéficier d'un remboursement de l'APA et d'un diététicien par l'assurance maladie dans le cadre d'un parcours de soins global comme cela a été fait pour les sujets atteints de cancer. cela permettrait de faciliter l'accès, entre autres, à la pratique de l'activité physique et une prise en charge nutritionnelle
Expert 65	à la pratique de l'activité physique et à l'éducation diététique (plutôt que une prise en charge nutritionnelle)
Expert 68	APA peut aussi désigner l'aide personnalisé d'autonomie, il faut juste vérifier que cela ne prête pas à confusion.
Expert 70	Important de réfléchir aux financements d'une prise en charge sport santé coordonnée. Une personne malade coûte au système plus cher que ce que peut apporter une bonne prise en charge non médicamenteuse dynamique
Expert 73	Le non remboursement de l'APA par l'Assurance Maladie est actuellement un frein majeur exprimé par les patients.

Proposition 30

R.29 Il est recommandé de porter attention aux points de vigilance à l'activité physique tels que décrits dans les travaux de référence HAS (grade AE), en particulier :

- Signes et symptômes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse chez les patients DT2,
- Signes ou symptômes d'hypoglycémie qui peuvent être masqués chez les patients DT2 sous traitement insulinosécréteur ou sous insuline, patients DT2 avec une rétinopathie non stabilisée (en cas exercice à glotte fermée),
- Patients DT2 avec une neuropathie périphérique ont des risques majorés d'ulcère de pied
- Etc

Valeurs manquantes : 2

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.06

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	1	5	2	2	10	46	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.80	94.20

Expert	Commentaires
Expert 1	Je propose de remplacer "Signes et symptômes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse chez les patients DT2" par "Signes et symptômes évocateurs d'ischémie myocardique chez les patients DT2". Le caractère silencieux ou non n'a plus beaucoup d'intérêt compte tenu de la subjectivité des symptômes. L'important est d'insister sur le risque majeur d'ischémie myocardique et d'événements CV sévères des patients DT2, de la stratification du risque en utilisant les estimateurs à disposition y compris le score 3 diabetes (reco ESC 2023)
Expert 4	c'est quoi "Signes et symptômes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse chez les patients DT2," s'il y a des signes et symptômes, ce n'est plus très silencieux, à la rigueur cela peut être des signes et symptômes atypiques.
Expert 8	redondant par rapport à la reco 25
Expert 14	patients sous bêta bloquants
Expert 17	"signes et symptômes en cas d'ischémie silencieuse" : c'est contradictoire à remplacer
Expert 32	Voir regroupement avec R.25

Expert 36	Les incrétinométiques sont des insulinosécréteurs mais ne provoquent pas d'hypoglycémie (sauf circonstances/associations). Afin d'être clairs, serait-il pertinent de remplacer les termes "traitement insulinosécréteur" du second alinéa par "médicaments provoquant des hypoglycémies (sulfamides, gliniques)"
Expert 51	Patients à risque de chutes (déséquilibre physique ou chutes tensionnelles)
Expert 52	Signes et symptômes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse chez les patients DT2 ? l'IMS étant silencieuse les "symptômes" sont compliqués à interpréter patients DT2 avec une rétinopathie non stabilisée (en cas exercice à glotte fermée) le risque n'est il pas restreint au neo vx ?
Expert 55	même remarque pour les signes d'ischémie silencieuse
Expert 60	idem que supra sur les signes et symptômes d'ischémie myocardique silencieuse
Expert 61	symptômes d'ischémie silencieuse ? par définition sans symptôme non? Signes d'hypo masqués par ? eventuel beta bloquants ? exercices à glotte fermée? je ne les connais pas, peut être juste écrire rétinopathie non stabilisée et voilà
Expert 62	Signes évocateurs d'ischémie silencieuse : quels sont-ils ?
Expert 64	ischémie myocardique silencieuse par définition pas de signes.....
Expert 65	Concernant "Signes et symptômes évocateurs d'ischémie myocardique silencieuse chez les patients DT2", voir plus haut, ces signes et symptômes n'existent pas. Par contre il existe éventuellement un risque d'ischémie myocardique silencieuse qu'il faut évaluer selon la stratégie que nous avons proposée dans l'article que j'ai mis en pièce jointe à la proposition 24. Concernant "Signes ou symptômes d'hypoglycémie qui peuvent être masqués chez les patients DT2 sous traitement insulinosécréteur ou sous insuline", reformuler. Effectivement risque d'hypoglycémie avec ces traitements et ces signes et symptômes peuvent manquer, non pas à cause de ces traitements mais à cause de la dysautonomie): hypoglycémie non ressentie.
Expert 76	- Risques de chutes et accidents chez les patients malvoyants

Proposition 31

R.30 Il est recommandé de porter attention aux situations particulières AP décrites dans les travaux de référence HAS qui nécessitent une adaptation ou une sécurisation de la pratique à l'activité physique pour des populations fragiles (grade AE), en particulier :

- Patients DT2 dont l'instabilité glycémique expose au risque d'hypoglycémie réactionnelle, ou d'hyperglycémie instable (seuil : 2.5 g au début)
- AP avec une manœuvre de Valsalva ou à glotte fermée chez certains patients (rétinopathie proliférante)
- Présence d'un mal perforant plantaire
- Personne âgée à risque déshydratation
- Etc

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.16

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	5	1	7	10	44	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.90	97.10

Expert	Commentaires
Expert 8	pas éclairant pour les non spécialistes (porter attention n'est pas suffisamment explicite) à intégrer en revoyant la formulation dans reco antérieure (25/29)
Expert 11	Quelle est la différence avec la recommandation précédente (R.29) ?
Expert 15	Peut être ne pas faire de liste non exhaustive mais se référer aux travaux HAS avec un lien
Expert 17	je suggère de mettre les DT2 sous traitement hypoglycémiant
Expert 32	A revoir. En particulier, je ne comprends pas ce que signifie le "seuil de 2.5 au début" ???
Expert 34	etc peut être ne pas mettre ou proposer une autre phrase comme où selon l'évolution des recherches toutes autres situations particulières .
Expert 40	peut on donner plus d'informations sur les AP concernées par la deuxième proposition ?
Expert 51	instabilité tensionnelle
Expert 52	la boxe est une CI en cas de RD proliférative donc ne pas limiter à la manoeuvre de valsalva quid des personnes incapables d'ajuster leur insulinothérapie ou leur sulfamides ?

Expert 56	Que veut dire "(seuil : 2.5 g au début)" ?
Expert 61	je ne connais pas les AP avec manoeuvre de Valsalva ? glotte fermée ? en d'autres termes ? est ce vraiment à mentionner ? il y a vraiment des études démontrant l'aggravation de RP post AP ? ou légende urbaine ?
Expert 62	La terminologie "hypoglycémie réactionnelle" ne me paraît pas la plus appropriée ici (en cas d'exercice physique) car elle en correspond à la définition classiquement utilisée
Expert 63	il aurait été intéressant de citer les troubles de l'équilibre et risque de chutes, fréquents chez les sujets âgés
Expert 64	un mal perforant contre indique une pratique d'activité physique avec les pieds!!!
Expert 68	Peut-être faudrait-il donner quelques exemples concrets pour: -AP avec une manoeuvre de Valsalva ou à glotte fermée -Personne âgée à risque déshydratation
Expert 76	Risque de chutes et d'accidents chez les patients malvoyants

Proposition 32

R.31 Recommandations pour la recherche clinique:

Le groupe de travail relève le besoin d'étude pour répondre à certaines questions d'intérêt :

-Comment maintenir l'AP sur le long terme ?

-Quel est l'effet de la substitution isotemporale de la sédentarité par de l'AP de faible intensité sur l'équilibre du DT2 (ex : peut-on remplacer 1h de temps passé assis -ex passer de 12h/j à 11h/j-par de l'AP de faible intensité ?)

-Quels sont les résultats des programme conjoints de rupture des temps prolongés de sédentarité (ex : se lever toutes les heures et bouger) et AP vs AP seule sur AP et équilibre du diabète

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.59

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	2	1	5	0	7	13	26	14

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.93	91.07

Expert	Commentaires
Expert 7	Comment maintenir l'AP sur le long terme ? Alors que l'on envisage des modifications pérennes du mode de vie régulièrement réévaluées et soutenues dès le départ de la prise en charge ?
Expert 8	ce n'est pas à la HAS mais aux sociétés savantes de faire des recos pour les recherches à effectuer
Expert 9	définir la "substitution isotemporale"
Expert 11	IL existe de nombreuses questions d'intérêt pour la recherche clinique dans ce domaine. Il est étonnant de mettre en avant ces 3 propositions. Comment et pourquoi celles-ci ont été choisies ?
Expert 26	Il y a une concordance constante entre la pratique d'une activité physique (sans référence à un type précis), donc dans la lutte contre la sédentarité, et l'amélioration du niveau de santé. Il faut donc proner tout type d'activité physique et éviter d'être trop directif
Expert 32	Cf commentaire R.8.
Expert 34	pas forcément très compréhensible
Expert 40	questions quel pourcentage de patients opposés / réticents à l'AP ?

	Identification des processus qui en gênent la mise en place moyens, temps, configuration sociale ? quel pourcentage de patients restant mobilisés à moyen/ long terme sur une étude prospective ?
Expert 43	- Quels sont les effets dose-réponse d'un programme APA selon l'ancienneté du DT2 et du nombre de traitements médicamenteux ?
Expert 46	effectivement intérêt de la recherche
Expert 51	le besoin d'étudeS
Expert 52	isotemporelle !!!! ce n'est pas un souci de lobe temporal...
Expert 55	d'accord mais ce n'est pas une recommandation pour le praticien
Expert 56	Il me semble qu'il y a assez de preuves pour préconiser une augmentation de l'AP et une diminution de la sédentarité En revanche, oui, des études sur des organisations des soins et l'accompagnement des patients pour permettre une implémentation de ces préconisations en pratique de soins primaires me semblent essentielles
Expert 57	je ne comprends pas bien cette phrase "quel est l'effet de la substitution isotemporelle de la sédentarité par de l'AP de faible intensité sur l'équilibre du DT2 (ex : peut-on remplacer 1h de temps passé assis - ex passer de 12h/j à 11h/j-par de l'AP de faible intensité ?
Expert 62	Ce sont quelques exemples, mais il y en a sans doute bien d'autres. Ceux cités ci-dessus me paraissent devoir avoir très peu d'impact sur l'équilibre du diabète proprement dit (mais sont néanmoins utiles de façon plus générale)

III.2. Prise en charge nutritionnelle

Proposition 33

R.32 Bien que l'absence de preuve subsiste dans la littérature sur le bénéfice en termes de morbi-mortalité de la perte de poids par une modification du mode de vie MTMV, il est recommandé la mise en place d'un programme complet et global de modification du mode de vie, dès le diagnostic comprenant une alimentation équilibrée et l'atteinte des objectifs d'activité physique adaptée dans le but d'améliorer l'équilibre glycémique au diagnostic.(grade C)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.20

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	2	1	3	6	8	49	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.63	94.37

Expert	Commentaires
Expert 2	je suis d'accord avec la recommandation MAIS je trouve dommage de ne jamais aborder le terme de troubles du comportement alimentaire qui méritent d'être dépisté et traité (majeur si surpoids ou obésité) puisque la prise en charge réclame une perte de poids de 5 à 10% qui ne sera pas possible si cette problématique existe et n'a pas été spécifiquement prise en charge à mon avis c'est un paragraphe majeur à ajouter à la prise en charge ex sur le site de l'ADA: https://diabetes.org/health-wellness/mental-health/eating-disorders https://www-ncbi-nlm-nih-gov.proxy.insermbiblio.inist.fr/pmc/articles/PMC10538145/
Expert 4	Les recommandation obésité 2ème et 3ème recours de la HAS 2022 pour la perte de poids reposent sur la prise en compte de la faim, de la satiété et de la composante émotionnelle et ne mettent pas en 1er lieu "l'alimentation équilibrée". Il serait bien d'avoir une cohérence entre les différentes recommandations et de reprendre les termes des recommandés obésité, cf ci-dessous :

	R.32. Dans la perspective d'une perte de poids durable, la réduction des apports énergétiques doit être modérée et personnalisée (AE). R.33. Les objectifs sont : (i) l'obtention d'un changement du comportement alimentaire, régulé par les signaux de faim, de rassasiement et de satiété (signaux dits « internes »), (ii) la prise en charge de la composante émotionnelle de l'alimentation et (iii) l'instauration de modifications alimentaires en phase avec le PNNS (AE).
Expert 8	retirer la partie "programme complet et global de modification du mode de vie" et se contenter de soutenir une alimentation équilibrée ...
Expert 13	Une modification du mode de vie ne se décrète pas par un programme venant d'un professionnel. Il faut travailler avec la personne concernée pour savoir ce qu'elle souhaite, en fonction de ses ressources, son mode de vie, son entourage, etc.
Expert 15	Il existe la preuve inverse d'association entre "mauvaise" hygiène de vie et diabète, K et complications CV. Je comprends la précision initiale de la phrase mais cela diminue la portée de cette recommandation somme toute essentielle.
Expert 16	les lectures de glycémies en continue sont un bon moyen de voir les effets de la modification du mode de vie sur l'équilibre glycémique et encourager le patient à continuer
Expert 32	Pourquoi mettre en avant d'emblée l'absence de preuve de l'impact favorable d'une perte de poids liée au MTMV en termes de morbidité ? Le bénéfice glycémique et l'amélioration des FDR CV associé au MTMV chez le patient atteint de DT2 n'est pas uniquement lié à la perte de poids (amélioration de l'insulinorésistance favorisée par l'équilibre nutritionnel indépendamment de la perte de poids). R.32, R.33 et R.36 sont très proches et répètent des éléments déjà évoqués en ouverture du chapitre sur les mesures non médicamenteuses. Simplifier !!!
Expert 40	ce n'est pas si facile et "intégrable " pour tous... il faudrait peut-être simplifier les discours et envoyer des messages simples
Expert 52	OK mais sans exclusive en cas de déséquilibre majeur
Expert 64	mode de vie méditerranéen serait plus adapté c'est l'alimentation méditerranéenne qui doit être recommandée au vu du bénéfice CV démontré l'objectif n'est pas seulement d'équilibrer le diabète mais bien de réduire la morbidité notamment cardiovasculaire
Expert 65	une alimentation équilibrée certes. Mais pour perdre du poids il faut en plus réduire l'apport énergétique. Aussi, à la fin de la phrase, je supprimerais "au diagnostic"
Expert 70	Il manque le système nerveux central la prise en charge du nerf vague Importance d'une approche intégrative plus que globale
Expert 73	Oui en tenant compte des autres facteurs décrits en proposition 9.

Proposition 34

R.33 Il est recommandé de mettre en place un plan global de modification thérapeutique du mode de vie associant activité physique et modification comportementale. (grade C)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.16

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	3	1	2	1	4	9	48	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.25	92.75

Expert	Commentaires
Expert 2	Dans la prise en charge comportementale je pense que préciser le mot TCA est important (dernier papier 17% de la population de l'étude avait des TCA suite du commentaire précédent ex sur le site de l'ADA: https://diabetes.org/health-wellness/mental-health/eating-disorders https://www.ncbi-nlm-nih-gov.proxy.insermbiblio.inist.fr/pmc/articles/PMC10538145/ https://www.ncbi-nlm-nih-gov.proxy.insermbiblio.inist.fr/pmc/articles/PMC10509534/ Meneghini LF, Spadola J, Florez H. Prevalence and associations of binge eating disorder in a multiethnic population with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2006;29:276
Expert 4	Si on parle de plan global des MTMV, alors, ce n'est pas que de l'AP et du comportemental mais aussi de la diététique, de la gestion du stress et des émotions, de la gestion des rythmes de vie et du sommeil au minimum
Expert 8	redondant par rapport aux premières recos, pas assez explicite et contraire à la démarche d'ETP (énoncé comme global mais limité au bien manger bien bouger avec le risque d'être injonctif)
Expert 9	à expliciter
Expert 14	je ne comprends pas le séquençage proposé: de mon point de vue APS et "adaptation comportementale" font partie intégrante du plan global de MTMV
Expert 15	phrase pas claire du tout de mon point de vue le comportement en terme d'activité physique, de tabagisme, d'alimentation ou ... recouvre l'ensemble des changements à mettre en oeuvre de façon durable ce qui est extrêmement difficile

	le plan global est aussi un terme un peu litigieux... en fait la thérapeutique du DT2 englobe la modification du mode de vie qui devra être rediscuté au fil des différentes consultations au même titre que le reste du traitement
Expert 32	Cf commentaire R.32
Expert 34	garder plutôt la phrase du dessous
Expert 40	problème du manque de disponibilité des PDS et de moyens
Expert 50	Redondant avec la précédente
Expert 52	vœux flou!
Expert 55	redondant avec la précédente
Expert 64	modification comportementale? à préciser rajouter sommeil et stress dont l'impact est majeur sur le Dt
Expert 66	En fixant des objectifs discutés et actés avec le patient
Expert 70	Il manque le système nerveux centrale la prise en charge du nerf vague Importance d'une approche intégrative plus que globale

Proposition 35

R.34 La prise en charge du patient doit être individualisée et adaptée à sa situation (poids initial, comportement alimentaire, niveau socio-économique, littératie en santé). (grade AE)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.72

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	3	1	9	58	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	je suis tout à fait d'accord avec cette proposition mais celle ci justifie d'autant plus les commentaires précédents puisque ici on parle de comportement alimentaire sans indiquer précédemment qu'il faut dépister d'éventuels TCA un des papiers fournis indique 17% de TCA dans la population de patients atteints de DT2.
Expert 30	Noter que la prise en charge passe par une enquête alimentaire et la correction des erreurs alimentaires ?
Expert 32	Préciser "prise en charge nutritionnelle"
Expert 46	intérêt de la LH et de sa prise en compte dans le parcours global
Expert 55	certes, mais est-ce utile ?
Expert 56	Et, surtout, faire l'objet d'une prise de décision partagée avec le patient et/ou son entourage
Expert 62	L'âge devrait figurer sur cette liste
Expert 63	Le plan de soin plutôt que prise en charge Une intervention diététique, sur prescription médicale, peut être utile selon les cas (référentiel 2014).
Expert 64	rajouter présence de complications ressources entourage
Expert 65	ajouter l'objectif de perte de poids
Expert 68	je rajouterais "âge"

Proposition 36

R.35 Le poids est à surveiller lors des consultations ; Un objectif de perte d'au moins 5% du poids au diagnostic est adapté pour la plupart des patients en surpoids ou obèses. En fonction des objectifs sur le poids, l'impact attendu des traitements médicamenteux sur le poids est à considérer lors du choix des traitements. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.57

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	2	1	2	3	3	5	11	37	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	11.94	88.06

Expert	Commentaires
Expert 4	Des objectifs pondéraux stricts et ciblés conduisent souvent à de la frustration et à un sentiment d'échec. Plutôt que "Un objectif de perte d'au moins 5% du poids au diagnostic est adapté pour la plupart des patients en surpoids ou obèses.", il me semblerait préférable de dire "Une perte de 5% du poids ou plus au diagnostic permet une amélioration métabolique significative pour la plupart des personnes vivant avec un diabète et en situation de surpoids ou d'obésité..
Expert 8	remplacer "obèses" par "en obésité" plutôt qu'un objectif pondéral qui a disparu des récentes recos de la HAS sur l'obésité de niveaux 2/3 de recours, je suggère de cibler les dysrégulations/troubles du comportement alimentaire et soutenir une alimentation régulée sur les signaux alimentaires internes
Expert 9	le poids ET SON EVOLUTION...
Expert 11	La perte de poids y compris chez les patients en surpoids n'est pas recommandée chez le patient âgé de 70 ans et plus, surtout s'il est fragile. Le risque de dénutrition est important. D'ailleurs, les recommandations HAS sur la dénutrition des individus de 70 ans et plus, définit la dénutrition selon les critères suivant Pour faire le diagnostic de dénutrition chez la personne âgée en situation d'obésité, il est recommandé d'utiliser les critères phénotypiques suivants (1 seul critère suffit) : - perte de poids ≥ 5 % en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel avant le début de la maladie - sarcopénie confirmée Cette recommandation telle qu'elle est formulée actuellement n'est donc pas adaptée pour les patients âgés,

	même si ces éléments sont soulignés dans la recommandation 39
Expert 13	Cela dépend de chaque personne, de l'importance accordée au poids, au plaisir de la nourriture, il faut aussi si besoin des accompagnements sur les troubles alimentaire et la santé mentale.
Expert 14	cela pourrait être un argument majeur visant le changement
Expert 15	l'objectif de poids comme le reste dépend de la phase dynamique ou non du patient, de son âge et des comorbidités 5 % pourquoi pas car c'est ce qui donne un bénéfice sur le plan CV notamment (HTA) mais parfois stabiliser le poids est déjà un objectif très louable
Expert 16	L'obtention de la perte de poids s'obtiendra par une aide à la régulation quantitative : étude de l'axe comportemental renouer avec ses sensations alimentaires : faim/rassasiement, travail sur l'hyperphagie et sur la tachyphagie et gestion émotionnelle
Expert 28	c'est un accord d'expert qui reposerait sur d'autres reco d'accord d'experts à la lecture de l'argumentaire. pourquoi vouloir faire perdre 5% du poids s'il n'y a pas de preuve de son intérêt ? pourquoi ne pas proposer au moins une stabilisation pondérale ?
Expert 30	Pourquoi 5% de perte de poids ? surtout si on reconnaît plus haut le non effet des RHD sur la perte de poids ? Pourquoi ce chiffre de 5% ? Correlation avec la diminution HBA1c ?
Expert 32	Préciser : une perte de poids > 5% permet d'obtenir un bénéfice métabolique chez la plupart des patients mais l'objectif doit être individualisé en fonction de la situation initiale et de l'évolution.
Expert 35	L'objectif de perte de poids doit être discuté et validé avec le ou la patient.e et à adapter selon ses fragilités.
Expert 36	Est-il possible d'ajouter un délai pour la perte de poids : 5% en 6 mois ?
Expert 39	Je suis d'accord pour le 5%, mais pas sur le fait qu'il s'agisse de 5% du poids au diagnostic de diabète. En effet, du fait de la polyurie et glycosurie, il existe au moment du diagnostic, souvent une perte de poids artificielle, sur déshydratation et perte calorique du fait de la glycosurie, suivie d'une correction de poids, qui revient au poids initial+/- plus que lui, qui désespère souvent les patients par ailleurs, lors de l'arrêt de la glycosurie et de la réhydratation du patient. Donc ce 5% au diagnostic, je suggérerais de le modifier pour du 5% de son poids stabilisé à distance du diagnostic de diabète, et vous propose, à 1 mois de ce diagnostic de diabète. Sinon, cela signifie que l'on demande plus que du 5% de perte de poids au patient, surtout dès qu'il y a un syndrome polyuropolydipsique. Remarque à faire remonter au groupe de travail.
Expert 50	En situation d'obésité et non obèses
Expert 51	Fixer un objectif de poids peut générer un stress supplémentaire, d'autant que selon les traitements il y a une inégalité... parler de perte de volume semble plus pertinent car il correspond à une modification de composition corporelle.
Expert 52	Le poids est à surveiller SYSTEMATIQUEMENT lors des consultations segmenter cette reco majeure en deux reco car elle comporte deux thèmes différents -le suivi -le tt L'impact attendu des traitements médicamenteux sur le poids est à considérer lors du choix des traitements. (grade AE)
Expert 56	Il faut surtout partir de là où en est le patient sur le plan diététique et voir avec lui les modifications (qualitatives et/ou quantitatives) qui semblent pouvoir être mises en place selon le patient et qui vont dans

	le sens d'une amélioration de sa santé globale. La perte de poids ne peut pas être un objectif systématique... Je ne garderais que la fin de la proposition "En fonction des objectifs sur le poids, l'impact attendu des traitements médicamenteux sur le poids est à considérer lors du choix des traitements." Les propositions suivantes sont plus pertinentes pour le reste
Expert 65	Spécifier qu'une perte d'au moins 5% du poids chez les patients DT2 en surpoids ou obèses contribue au contrôle glycémique, lipidique, tensionnel. Références: - Look AHEAD Research Group. Effect of a long-term behavioural weight loss intervention on nephropathy in overweight or obese adults with type 2 diabetes: a secondary analysis of the Look AHEAD randomised clinical trial. Lancet Diabetes Endocrinol 2014;2:801-809. - Franz MJ, Boucher JL, Rutten-Ramos S, VanWormer JJ. Lifestyle weight-loss intervention outcomes in overweight and obese adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Acad Nutr Diet 2015;115: 1447-1463.
Expert 70	On surveille le rapport masse grasse / masse maigre Rapport de masse passive/ masse active
Expert 73	la tolérance du traitement médicamenteux ? (notamment à l'initiation)

Proposition 37

R.36 L'alimentation est un élément majeur du traitement à combiner avec l'activité physique et la modification globale du mode de vie. (grade AE)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.33

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	3	0	7	8	50	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 1	En association avec le traitement médicamenteux chez les patients à haut et très haut risque CV
Expert 4	Que de redites !!!
Expert 5	Oui mais l'impact réel au quotidien sur le long terme est souvent faible
Expert 8	redondant par rapport aux chapitre généralités sur la prise en charge
Expert 14	"5" car comme précédemment je ne comprends pas ce séquençage
Expert 16	la modification globale du mode de vie passera avant tt par la pratique d'une activité physique, puis d'un changement de comportement alimentaire établi avec le patient
Expert 28	s'il est acquis que l'alimentation déséquilibrée participe au développement du DT2, pourquoi affirmer que l'alimentation est un élément majeur du traitement ??? il y a-t-il une difficulté à se détacher de nos à priori médicaux non fondés sur des preuves ?(je suis volontairement un peu provocateur) la littérature n'apporte pas de preuve de l'intérêt d'un régime hypocalorique, peut être hypoglucidique pour viser une perte de poids de 5% qui lui même est un accord d'experts pour viser une "normalisation glucidique" sans qu'on ait de preuve en terme morbidimortalité. Donc dans ces conditions, compliqué d'aller à l'encontre des autres reco mais peut être qu'une méthode GRADE aurait permis de se positionner différemment ...
Expert 32	Cf commentaire R.32
Expert 34	un peu redite , peut etre inclure dans une phrase au dessus la notion d'élément majeur
Expert 40	si patient adhérent si patient non adhérent à la diététique/ la pratique de l'AP envisager d' intensifier le traitement

	médicamenteux plus rapidement ?
Expert 46	le rapport à l'alimentation
Expert 55	ça n'apporte rien de plus que ce qui a été dit
Expert 70	L'alimentation a une forte connotation émotionnelle psychologique traumatique
Expert 73	L'alimentation équilibrée et variée L'activité physique régulière

Proposition 38

R.37 La démarche initiale doit être l'enquête alimentaire afin de comprendre et de connaître les habitudes du patient pour aller vers une alimentation plus équilibrée. La restriction calorique sans s'enquérir des habitudes du patient, de sa motivation, de ses possibilités de changement et de son entourage n'est pas recommandée. (grade AE)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.86

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	0	1	3	2	1	8	8	44	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 2	certes mais là encore avant de faire une simple enquête alimentaire rechercher les éléments cliniques du DSM5 à la recherche des TCA me paraît important (cf ex de littérature ajoutée mais à creuser ++)
Expert 4	"La démarche initiale doit être l'enquête alimentaire afin de comprendre et de connaître les habitudes du patient pour aller vers une alimentation plus équilibrée." Ceci n'est pas du tout en accord avec les recommandations obésité HAS 2022 et me paraît tellement réducteur !!!
Expert 8	il faut non seulement évaluer le profil alimentaire mais aussi et surtout le comportement alimentaire (être plus en phase avec les dernières recos HAS sur l'obésité)
Expert 9	Il est recommandé de ne pas imposer de restriction calorique sans s'enquérir des habitudes du patient, de sa motivation, de ses possibilités de changement et de son entourage (plus fort que la formulation proposée)
Expert 14	En effet, il convient d'une enquête alimentaire globale réalisée par des experts en nutrition (diététiciens nutritionnistes)
Expert 15	cette recommandation mélange deux notions équilibre alimentaire et restriction alimentaire qui ne vont pas forcément ensemble pas clair pour moi
Expert 16	L'enquête alimentaire portera sur une évaluation des habitudes alimentaires et ce qui peut faire obstacle au changement des habitudes -une éducation sur les glucides est nécessaire avec un choix éclairé selon la notion IG, les facteurs conditionnant l'effet hyperglycémiant d'un aliment ou d'un repas comme l'effet matrice, la présence de

	fibres, l'association avec d'autres aliments et la place des boissons sucrées.
Expert 28	Pour moi, l'intérêt d'une alimentation équilibrée ne fait pas partie du traitement du DT2 à part entière, puisqu'il n'y a pas de preuve mais plutôt dans la prévention des Evenements cardiovasculaires. La nuance est de taille car si le patient accepte le risque de complications macro vasculaires, dans une démarche de décision partagée, est-ce légitime de lui imposer une modification du régime alimentaire ?
Expert 30	oui répond à ma question plus haut
Expert 32	Préciser qu'un des objectif de l'enquête alimentaire est d'identifier les principales erreurs (excès calorique, déséquilibre nutritionnel) afin d'individualiser les conseils.
Expert 33	Enlever le mot initiale
Expert 35	Je propose une nouvelle formulation pour la 2e phrase qui me pose problème : Les ajustements alimentaires, s'ils sont nécessaires, doivent tenir compte des habitudes du patient, de sa motivation, de ses possibilités de changement et de son entourage. Il ne s'agira pas d'une restriction calorique mais d'adaptations pour s'approcher d'un meilleur équilibre.
Expert 44	Est-ce que l'HAS peut encourager à la prise en charge des consultations de diététique par l'assurance maladie?
Expert 51	La démarche initiale ... couplé à un profil glycémique mis en lien avec l'alimentation permet une approche éducationnelle.
Expert 62	Idéal, mais sans doute utopique en pratique dans les conditions actuelles
Expert 63	La démarche initiale doit être l'évaluation des apports alimentaires afin de comprendre et de connaître les habitudes du patient ... L'évaluation peut être quantitative (estimation des apports nutritionnels, notamment calorique et glucidiques) ou qualitative (estimation des portions d'aliments).
Expert 64	aucune indication de restriction calorique , les régimes restrictifs ont trop de risques notamment rebond pondéral parler plutôt de comportement alimentaire et orienter vers alimentation méditerranéenne

Proposition 39

R.38 La prescription d'un régime restrictif doit toujours prendre en compte le rapport bénéfice/risque. Les personnes âgées, surtout les plus fragiles, ne devraient jamais bénéficier de restriction quantitative ou qualitative, la prévention de la dénutrition et de la sarcopénie étant la priorité chez ces patients. (grade AE)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.92

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	4	1	1	0	1	2	4	11	44	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.82	91.18

Expert	Commentaires
Expert 4	Les reco obésité disent R.34. Les régimes déséquilibrés ou très restrictifs sont déconseillés (AE). R.35. Une alimentation de type méditerranéen, du fait de ses bénéfices sur la santé, est un modèle intéressant (AE). R.30. L'indication de perte de poids doit être posée au cas par cas et adaptée au patient (âge, comorbidités associées, investissement possible du patient, objectifs du patient, etc.) (AE). Chez les personnes âgées de 70 ans et plus, il conviendra de porter une vigilance particulière sur le risque de sarcopénie, de fragilité et de dénutrition que peut entraîner ou aggraver une perte de poids. Pourquoi ne pas être harmonieux et dire la même chose !
Expert 5	Oui mais en insistant sur la nécessité d'un apport protéique minimal
Expert 8	les régimes restrictifs ne sont plus indiqués car non durables ! d'accord avec le risque de dénutrition/sarcopénie par ailleurs pas de recons sur : les édulcorants/ les aliments "sans sucre"/ la consommation de fruits... ?
Expert 14	il est essentiel de communiquer et de FORMER les accompagnants
Expert 15	le terme jamais le terme âgé c'est discutable en cas d'obésité sévère avec handicap fonctionnel majeur notamment sur le fond je suis d'accord évidemment

Expert 16	on ne prescrit plus de régime restrictif. Pour les pers âgées, un bilan de dénutrition est une priorité. Ensuite proposer une alimentation santé (nutriments de sécurité) adaptée à ses besoins caloriques et son activité physique.
Expert 17	on ne peut pas "bénéficier d'une restriction" :phrase à revoir
Expert 19	La notion de fragilité apparaît ici, raison de plus pour parler de la prévention de la fragilité dans l'activité physique.
Expert 28	idem sur la place du régime alimentaire : tout est accord d'experts sans preuve avec une volonté affichée de réduction pondérale
Expert 32	Préciser ce qui est entendu par régime restrictif (restriction calorique, restriction en certains types de nutriments/aliments ?). Revoir la formulation concernant les sujets à risque (pas uniquement les sujets âgés pour lesquels un rappel est fait ultérieurement) : "Les régime de restriction quantitative ou qualitative sont fortement déconseillés chez les personnes à risque de dénutrition et de sarcopénie, en particulier chez les personnes âgées en situation de fragilité."
Expert 35	Je ne suis pas d'accord avec l'idée de la prescription d'un régime restrictif (qualitatif ou quantitatif) dans le diabète de type 2, d'ailleurs votre argumentaire rapporte l'absence de preuve solide d'une alimentation à 1600kcal/j. Je propose une reformulation : Les ajustements (ou adaptations) alimentaires doivent toujours prendre en compte le rapport bénéfice/risque. Il ne doit jamais être question de régime restrictif (restriction quantitative ou qualitative) quelque soit la population de patient.e.s, avec le risque de renforcer une restriction cognitive à risque de TCA pour tous et de dénutrition et de sarcopénie chez les personnes âgées.
Expert 41	Proposer également la possibilité de bénéficier d'un remboursement des consultations de diététicienne.
Expert 46	sur le long terme éviter le régime restrictif et travailler sur le rapport à l'alimentation
Expert 51	De plus la restriction risque d'entraîner des compulsions alimentaires, des grignotages ou eu contraire des TCA.
Expert 52	A quel age est on un DT2 agé ?
Expert 56	Je ne garderais que le seconde partie "Les personnes âgées, surtout les plus fragiles, ne devraient jamais bénéficier de restriction quantitative ou qualitative, la prévention de la dénutrition et de la sarcopénie étant la priorité chez ces patients." Il me semble que d'autres recos de la HAS mettent en garde contre es régimes restrictifs, non ?
Expert 63	Les personnes âgées, surtout les plus fragiles, ne devraient jamais bénéficier de restriction quantitative ou qualitative*, la prévention de la dénutrition et de la sarcopénie étant la priorité chez ces patients. *qtitive ou qualitative , est-ce suffisamment clair ? par exemple, on comprend qu on devrait rien limiter, y compris boissons sucrées par exemple ? l obj principal ne serait pas plutôt de ne pas viser de restriction ayant pour objectif de perdre du poids
Expert 64	cf plus haut
Expert 65	Je propose de reformuler: Chez les personnes âgées, surtout les plus fragiles, il convient de ne pas inciter à une restriction

	quantitative ou qualitative, la prévention de la dénutrition et de la sarcopénie étant la priorité chez ces patients.
Expert 68	Même si je le comprends, je suis gêné par le "jamais", surtout que la proposition "surtout les plus fragiles", le remet en question. Je propose de modifier la seconde phrase par: "La prévention de la dénutrition et de la sarcopénie étant la priorité chez les personnes âgées, particulièrement en cas de fragilité ou de dépendance, la balance bénéfice/risque d'une restriction quantitative ou qualitative est défavorable dans la très grande majorité des cas chez ces patients." Il y a certaines situations particulières chez des personnes robustes et obèses, ou avec des gros déséquilibres alimentaires, où cela peut s'envisager avec une surveillance nutritionnelle rapprochée.

Proposition 40

R.39 Recommandation pour la recherche clinique : Le GT recommande la poursuite des études sur les effets de l'alimentation méditerranéenne en prévention primaire et secondaire des RCV (grade AE)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.72

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	3	0	6	2	7	11	38	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.25	92.75

Expert	Commentaires
Expert 8	pas une reco HAS
Expert 14	alimentation méditerranéenne actualisée svp
Expert 15	pourquoi pas végétarienne qui est très plebiscitée ? pourquoi pas un régime personnalisé en fonction du niveau socioéconomique, de la vie familiale et/ou de la culture d'origine ? pourquoi pas restrictive comme dans DIRECT avec recul > 2 ans ? grande question faisabilité de ces régimes en vie réelle et observance à long terme, retentissement sur le bien être, sur les troubles alimentaires, l'état psychosocial etc alimentation méditerranéenne essai en cours PHRC de F Andreelli
Expert 17	Je rappelle ici que les résultats des méta-analyses montrent une association faible à modérée en prévention 1° entre régime et mortalité CV. Est-ce le lieu pour parler de la recherche clinique ?
Expert 20	Oui bien sûr mais Predimed et Cordioprev sont déjà deux belles études montrant les bénéfices CV de l'alimentation méditerranéenne
Expert 24	et Nordique
Expert 32	Des données sont disponibles concernant les bénéfices associées au régime méditerranéen. Pourquoi ne pas les citer ? De manière générale, les aspects d'équilibre nutritionnels (en particulier la maîtrise des apports d'aliments à index glycémique élevé, riches en graisses saturées (pour lutter contre la lipotoxicité), et d'alcool) sont totalement absents, ce qui est vraiment regrettable. Sur ce point, les recos HAS précédentes étaient plus pertinentes à mon avis.

	Même commentaire pour les aspects recherche qui sont à regrouper à la fin du texte de façon mieux structurée.
Expert 35	Il serait aussi intéressant d'étudier les effets de l'alimentation intuitive en présence d'un diabète de type 2 car il est prouvé que L alimentation intuitive est inversement associée à l embonpoint et l obésité, aux symptômes de désordres alimentaires, aux comportements restrictifs liés aux régimes amaigrissants, à l anxiété concernant les aliments, de même qu aux préoccupations concernant le contenu nutritionnel des aliments. À l inverse, l alimentation intuitive est directement associée au maintien ou à la perte de poids, à une image corporelle positive, à la variété alimentaire.
Expert 39	Je suggère au GRT des études sur : quelles adaptations possibles par régions en France, sur les choix de combinaisons alimentaires avec les produits locaux régionaux (hexagonaux et ultramarins), spécifiquement chez les populations vivant en dehors des zones méditerranéennes, et spécifiquement chez les personnes en situation de précarité. pour les aider à concevoir des possibilités d'alternatives alimentaires, pour se rapprocher d'une alimentation méditerranéenne et en avoir les bienfaits en santé.
Expert 52	chez les DT2
Expert 55	oui mais ce n'est pas une proposition pour le prescripteur
Expert 56	Déjà pas mal d'études positives, non ?
Expert 62	Faut-il encore réellement faire ce type d'études, difficiles à faire par ailleurs ?
Expert 64	il y a l'étude pREDIMED qui comprend 50% de personnes vivant avec un DT2!!!
Expert 65	OK Mais je pense qu'il convient d'ajouter une proposition concernant la limitation de la consommation de graisses saturées et des calories "vides" (sucres ajoutés, boissons sucrées, sans valeur nutritionnelle)
Expert 67	Signalons qu'il existe déjà plusieurs étude ayant montré le bénéfice du régime méditerranéen sur la morbi-mortalité cardiovasculaire dans la population générale avec des sous-groupes de patients diabétiques, chez lesquels le régime méditerranéen était aussi efficace pour réduire le risque d'évènements cardiovasculaires majeurs.

III.3. Education thérapeutique ou accompagnement thérapeutique

La maladie chronique confronte les patients à une surveillance quotidienne de leur état de santé, à la nécessité de faire face aux crises, de prendre régulièrement des traitements et savoir prendre des initiatives, de s'adapter en permanence à la situation et à l'évolution de la maladie, de trouver un équilibre, d'associer les parents d'un enfant malade, les proches, à cette gestion quotidienne. La gestion quotidienne d'une ou plusieurs maladies chroniques demande au patient des changements ou des adaptations importantes qui peuvent être difficiles à mettre en œuvre sans acquisition de compétences.

Une éducation thérapeutique du patient (ETP) permet aux patients d'acquérir et de mobiliser fréquemment des compétences d'autosoins et d'adaptation, de les renforcer et de les maintenir dans le temps. Il a été relevé que les programmes ETP sont très variables selon les territoires français et très complexes à monter. Il existe des inégalités d'accès : les personnes les plus précaires y ont souvent moins accès. A défaut, un accompagnement thérapeutique est à rechercher. Les recommandations du groupe de travail DT2 concernant l'éducation thérapeutique du patient s'appuient sur les travaux récents HAS sur la thématique, en particulier Guide « 'Evaluation de l'efficacité et de l'efficience d'un programme d'éducation thérapeutique dans les maladies chroniques », HAS 2018 et Fiches « Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi », HAS, juin 2015.

Proposition 41

R.40 La PEC éducative doit être globale et intégrer tous les aspects (grade AE)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.62

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	2	3	6	57	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.43	98.57

Expert	Commentaires
Expert 6	elle doit également s'adapter au niveau de connaissance en santé du patient
Expert 8	pas assez explicite

Expert 11	Dans l'introduction, est-il nécessaire d'évoquer les parents d'enfants malade alors que la recommandation traite du DT2 donc plutôt adultes. En revanche la notion de proche et d'aidants est primordiale. Les proches et les aidants sont peu cités dans les recommandations
Expert 16	pluridisciplinaire +++++
Expert 32	Tellement général qu'on ne peut qu'être d'accord... Préciser au minimum "ETP" et "tous les aspects de la PEC thérapeutique, non médicamenteuse et médicamenteuse"
Expert 45	cette recommandation ne veut pas dire grand chose...
Expert 50	A détailler
Expert 51	y compris les ressentis et vécus de la maladie, des complications et des traitements
Expert 52	rappeler que certains DT2 en particulier en cas de pathologie psychiatrique nécessitant des neuroleptiques sont difficilement accessible à l'ETP
Expert 55	bien sûr mais il serait intéressant de préciser
Expert 56	ça ne mange pas de pain de l'écrire ;-)
Expert 58	Facile à écrire, plus compliqué à mettre en oeuvre en pratique clinique courante
Expert 62	OUI, mais question de temps disponible, d'où fixer et hiérarchiser les priorités me paraît plus utile.
Expert 65	tous les aspects de la maladie diabétique

Proposition 42

R.41 Le déploiement sur le territoire de programmes structurés d'éducation thérapeutique est recommandé et sa prise en charge par l'assurance maladie devrait être favorisée pour y inclure les plus précaires. (grade C)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.53

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	2	2	2	8	56	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.41	98.59

Expert	Commentaires
Expert 8	retirer le terme structurés (un programme l'est forcément)
Expert 13	à condition d'être une vraie ETP qui ne reproduit pas les schémas normatifs du monde médical.
Expert 14	et prendre en considération les distances géographiques + formation adaptée en ETP, en tant que formatrice en ETP des 40 heures pour dispenser et des 40h pour coordonner, l'expérience montre une telle disparité
Expert 15	Programme Dites non au diabète de l'assurance maladie déjà en cours mais dont on attend les résultats (SFD 2024 ?)
Expert 19	Recommandations sur le parcours de soins et la stratégie thérapeutique. La demande la prise en charge paraît un autre débat. Par contre, inclure les plus précaires est capital
Expert 28	idem : pas de demande de PEC financière dans des recos. La HAS se positionne s'il faut ou pas le mettre en place selon la littérature et le GT. Ensuite, c'est à l'AM de décider sur les modalités opérationnelles, s'il est d'accord. mais complètement d'accord sur l'adaptation du programme aux patients les plus précaires
Expert 32	OK Préciser "ETP". Question : les recos s'adressent-elles également à l'assurance maladie ?
Expert 46	médiateurs en santé , lde asalée intégrer la notion d'aller vers parcours dans les CPTS

Expert 51	ne pas oublier en proximité l'offre Asalee, présente dans plus de 4000 cabinets de MG, avec une offre ETP personnalisée, sans cout individuel, facilement accessible, en individuel ou en collectif.
Expert 52	dans des structures pas nécessairement hospitalières!
Expert 55	bien sûr mais ce n'est pas pour le praticien
Expert 56	Peut-être faire allusion, quelque part, au programme d'ETP et d'accompagnement des patients avec DT2 dans les CES de l'Assurance Maladie
Expert 58	idem proposition 41. Il est nécessaire d'aider les acteurs locaux à développer des programmes d'ETP
Expert 61	en ville également +++ avoir du temps rémunéré est indispensable

Proposition 43

R.42 Il faut favoriser l'accès à une éducation structurée dès le diagnostic, individualisée, portée par une équipe multidisciplinaire afin que le patient avec un DT2 puisse acquérir des compétences d'autogestion de sa maladie, compétences qu'il faudra vérifier au cours du suivi. Les technologies peuvent être un support utile en complément. (grade C)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.41

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	3	4	12	49	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.41	98.59

Expert	Commentaires
Expert 5	Les données sur l'impact des technologies n'est que très rarement évalué
Expert 8	préférer "personnalisée" à "individualisée" pourquoi ne pas inclure les compétences d'adaptation et se limiter aux compétences d'auto-soins ?
Expert 11	patient avec un DT2 "OU SON PROCHE AIDANT"
Expert 16	La technologie peut être un support très utile pour entretenir la motivation des patients. faire le point sur les outils existants et reconnus
Expert 18	LA PEC MULTIDISCIPLINAIRE N'EST PAS TOUJOURS POSSIBLE, IL FAUDRAIT QUE LA CONSULTATION DIETETIQUE SOIT REMBOURSEE AU MÊME TITRE QUE LA PEDICURIE
Expert 19	"nouvelles technologies" ? les "technologies numériques" ?
Expert 24	Il faut favoriser l'accès à une éducation structurée dès le diagnostic, individualisée, portée par une équipe multidisciplinaire afin que le patient avec un DT2 puisse acquérir des compétences d'adaptation à la maladie et d'autogestion de sa maladie, compétences qu'il faudra accompagner au cours du suivi (ETP, objectifs, auto-évaluation). Les technologies peuvent être un support utile en complément.
Expert 32	"L'accès à une éducation doit être favorisée dès la diagnostic ..., compétences qui doivent être renforcées/actualisées..." Préciser l'apport des technologies : trop vague (télé-éducation ?)
Expert 39	Je pense que nous n'avons plus les moyens (ressources humaines et financières) en France de faire

	de l'éducation thérapeutique individuelle systématisée, mais qu'il faut systématiser l'éducation thérapeutique de groupe et/ou de masse via les nouvelles technologies, et ensuite, si encore besoin, passer à une éducation thérapeutique individuelle. C'est la nuance que j'apporterais à la proposition: donner à tous dès le diagnostic un package éducatif collectif en groupe, où l'individu bénéficie de l'effet de groupe et où cela le décroïsonne s'il se sent isolé, avant de pousser jusqu'à une ETP individuelle, qui tient alors compte de problématiques propres, non encore résolues par le groupe (réflexion sur la base de 10 ans d'ETP collective et individuelle diabète au diagnostic, en réseau diabète de ville)
Expert 51	L'usage des technologies doivent être adaptés aux capacités des patients et aux disponibilités dans l'environnement du patient. L'éducation devrait être mise en place au stade de désordre glycémique avant le diagnostic
Expert 52	evoquer les limites: situation psy, grand age etc
Expert 56	Vision de l'ETP centrée sur la seule acquisition de compétences à laquelle je ne souscris pas. Ce n'est pas une vision "centrée sur la personne" Je propose "Il faut favoriser l'accès à une éducation structurée dès le diagnostic, individualisée, centrée sur la personne, portée par une équipe multidisciplinaire, et continue dans le temps."
Expert 62	Oui, mais ne pas attendre trop des technologies de plus en plus sophistiquées et coûteuses.
Expert 66	et bien penser à intégrer les patients partenaires, experts dans le parcours de prise en charge des patients

Proposition 44

R.43 Cette éducation permet d'améliorer la qualité de vie liée à la santé et l'auto-efficacité, ainsi que l'équilibre glycémique au diagnostic en associant programmes nutritionnels et activité physique (grade C)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.15

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	6	2	4	14	43	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.43	98.57

Expert	Commentaires
Expert 5	plutôt : cette éducation doit permettre
Expert 8	pas une reco, c'est le propre de l'ETP
Expert 16	l'effet de groupe est très porteur+++
Expert 24	cette éducation doit tenir compte de l'aspect bio-psycho-socio-éducatif et permettre d'améliorer le niveau de littératie en santé, le sentiment d'efficacité personnelle, de concourir à la diminution de la charge mentale liée à la maladie (diabète distress) afin de viser un maintien voir une amélioration de la qualité de vie ainsi que l'équilibre glycémique.
Expert 32	Revoir formulation +++ "auto-efficacité" ou "auto-gestion" ? Regrouper avec R.40 ?
Expert 40	les traitements médicamenteux ne sont pas mentionnés ?
Expert 51	Je ne comprends pas : "ainsi que l'équilibre glycémique au diagnostic "
Expert 52	niveau de preuve de la durabilité-rémanence de l'effet ???
Expert 53	mettre aussi programme de soutien psychologique et d'entretien de la motivation
Expert 55	ça n'apporte pas grand chose
Expert 58	j'ai un doute sur l'amélioration de la qualité de vie

Proposition 45

R.44 Des programmes structurés d'ETP et une posture éducative accompagnant cette démarche permettent la création d'une alliance avec le patient et son équipe soignante qui est fondamentale pour l'obtention de résultats. (grade AE)

Valeurs manquantes : 5

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.55

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	0	0	3	11	55	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.82	97.18

Expert	Commentaires
Expert 8	idem, je suggère d'intégrer la posture éducative plus en amont dans les recos
Expert 9	typique langue de bois !
Expert 11	intégrer la notion de proche / aidant ?
Expert 13	devraient permettre dans un monde idéal, mais ce n'est pas toujours le cas par manque de temps, d'investissement, et par un cadre qui peut être défaillant.
Expert 14	une coordination qualitative est indispensable
Expert 17	Est-ce basé sur les preuves ?
Expert 24	Des programmes structurés et individualisés d'ETP et une posture éducative d'un professionnel formé accompagnant cette démarche permettent la création d'une alliance thérapeutique avec le patient et son équipe soignante qui est fondamentale pour l'obtention de résultats et d'une adhésion thérapeutique. (grade AE)
Expert 51	programmes en proximité
Expert 52	quand les deux partenaires sont bien disposés....
Expert 55	oui, mais c'est une généralité sur l'ETP qui n'est pas utile pour le praticien
Expert 73	Les proches (souvent aidants) d'une personne DT2 peuvent participer également à des programmes d'ETP. Même si cela est le graal tous les patients n'aspirent pas ou se sont pas en capacité d'être autonomes et certains auront toujours besoin d'un suivi renforcé.

Proposition 46

R.45 L'équipe ETP doit s'adapter au mode de vie du patient, ses habitudes ainsi que les facteurs culturels et socio-économiques, afin de favoriser cette alliance thérapeutique nécessaire à tout changement du mode de vie. (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	0	0	2	0	1	10	55	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.86	97.14

Expert	Commentaires
Expert 8	pas une reco, c'est la base de l'ETP
Expert 9	idem...!!
Expert 14	les personnes formées aux 40 heures en ETP acquièrent complètement cette démarche (je suis formatrice 40h pour dispenser ETP et 40 heures pour coordonner l'ETP). Rajoutons "besoin(s) et demande(s)"
Expert 16	d'où l'importance de multiplier les lieux de rencontre autre que le milieu hospitalier
Expert 26	Il me semble aussi qu'il faut favoriser toutes les structures dans ce domaine qui créent du lien (club de sport, activité FFD, maison du diabète, etc) car facteur motivationnel, d'entraînement, de rupture de l'isolement et de pérennité du changement
Expert 32	regrouper avec précédente ?
Expert 34	cela fait partie de l'ETP intrinsèquement et lors d'éducation il faut surtout redonner de bonnes habitudes donc pas trop d'adaptation.
Expert 39	L'ETP doit être décroisonnée
Expert 52	et surtout à la situation personnelle du malade importance du diag éducatif initial
Expert 55	là aussi c'est une évidence pour ceux qui font de l'ETP il serait plus utile de préciser :les connaissances requises (maladie, traitement, alimentation, AP) les compétences spécifiques (adapter son alimentation, conduire une séance d'AP efficace, automesure glycémique, insuline ...) c'est curieux car les équipes de diabétologie sont expérimentées dans ce

	domaine
Expert 61	un peu naïf car les ETP se font en groupe et difficiles à individualiser
Expert 66	évaluation de sa motivation, entretien motivationnel
Expert 70	Important d'aider les soignants en libéral à travailler ensemble Le travail ensemble doit devenir un comportement de tous envers tous et ce n'est pas simple et nous avons besoin d'accompagner les professionnels devant la montée en nombre de ces patients complexes
Expert 73	Quid des patients ressources/ partenaires/ experts formés (formation certifiante) pour intervenir dans des programmes d'ETP ?

IV. Stratégie de prise en charge médicamenteuse (population générale)

IV.1 Généralités sur la PEC médicamenteuse

Proposition 47

La prise en charge médicamenteuse du patient atteint d'un diabète de type 2 (DT2) reste globale, individualisée et implique une décision médicale partagée (DMP).

La prise en charge médicamenteuse du patient atteint d'un diabète de type 2 a connu ces dernières années une évolution importante, en particulier avec, les molécules hypoglycémiantes comme les inhibiteurs du SGLT2 et les agonistes du récepteur au GLP1 en raison de leurs propriétés majeures sur la gestion et la prévention des complications cardiovasculaires et rénales.

Si la littérature est marquée par une rapide et constante évolution des données d'évaluation clinique des différents médicaments, elle est aussi caractérisée par des niveaux de preuve hétérogènes selon les molécules et les dates des données disponibles. Il peut en résulter une difficulté pour atteindre un consensus dans leur hiérarchisation.

Au niveau dans des RBP les plus récentes nationales et internationales, cette évolution se traduit par la proposition de plusieurs options possibles en parallèle, très en amont de la stratégie médicamenteuse, intégrant les récentes classes thérapeutiques hypoglycémiantes, en raison notamment des données leurs effet en prévention des événements cardiovasculaires ainsi que sur la volonté d'une prise en charge individualisée centrée sur le patient avec un DT2.

Ainsi, concernant la pratique clinique, il apparaît important de pouvoir proposer les traitements ayant montré un bénéfice cardiovasculaire, cardiaque et/ou rénal avec un niveau de preuve fort (niveau de preuve 1), dès une première ligne le cas échéant, indépendamment d'une prescription de metformine d'une part et du niveau d'HbA1c d'autre part (hors risque d'hypoglycémie) Ainsi, en l'occurrence :

- Les inhibiteurs du SGLT2 pour la prévention d'évènements cardiovasculaires, la prévention d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque, et la prévention de l'insuffisance rénale terminale;
- Les agonistes du récepteur au GLP1 pour la prévention d'évènements cardiovasculaires

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.14

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	59	9

Expert	Commentaires
Expert 1	je propose de mieux préciser en remplaçant "Les agonistes du récepteur au GLP1 pour la prévention d'évènements cardiovasculaires" par "Les agonistes du récepteur au GLP1 pour la prévention des complications cliniques de l'athérosclérose (IDM, AVC).
Expert 7	parfait
Expert 8	les inhibiteurs des SGLT2 et analogues du GLP-1 ne sont pas hypoglycémiant mais normoglycémiant, cette distinction est importante par rapport au risque d'hypoglycémies et à l'ETP de sécurité à mettre en regard revoir la formulation de : Au niveau dans des RBP
Expert 9	prendre en compte le rapport bénéfices/ risques de chaque molécule sans occulter les effets secondaires potentiels
Expert 10	Un arbre décisionnel pourra t'il être établi ? avec les différents choix et stratégies en fonction des résultats et de la tolérance ?
Expert 11	Quelques fautes de frappe - Ligne 3, il manque 2 à diabète de type 2 - Ligne 11, "Au niveau dans des RBP" peu clair A nouveau je m'interroge sur le terme "classes thérapeutiques hypoglycémiantes ou molécules hypoglycémiantes", ne s'agit pas plutôt de molécules antidiabétiques ou de molécules anti-hyperglycémiantes ?
Expert 19	Deuxième paragraphe : diabète de type 2 a .. Quatrième paragraphe : des données sur leurs effets ...
Expert 28	pourquoi garder la place de la metformine ? a-t-elle démontré un niveau de preuve fort de prévention cardiovasculaire chez les patients DT2 ? je ne l'ai pas encore lu ...
Expert 32	Revoir la forme +++ Quelques points spécifiques : - Reprendre la notion de décision médicale partagée dans les principes généraux cités au début des recos ? - Revoir totalement la formulation "en raison de leurs propriétés majeures sur la gestion et la prévention des complications". Il s'agit en fait de souligner leurs propriétés de protection

	cardiovasculaire et rénale ou leurs propriétés de prévention des événements cardiovasculaires et de la progression de la maladie rénale chronique. Il faut être plus précis ! - Que veut dire "très en amont de la stratégie médicamenteuse" ? Littéralement, avant toute intervention médicamenteuse... Revoir tout ce paragraphe et le suivant +++. - OK avec le positionnement des 2 classes thérapeutiques mais il faut être plus clair/précis. Par ex : "Ainsi, les traitements ayant démontré un bénéfice CV et/ou rénal doivent être systématiquement envisagés, quel que soit le schéma thérapeutique antérieur et indépendamment de la prescription concomitante de metformine et du niveau d'HbA1c, chez les patients à haut risque d'événement ou de progression des complications CV et rénales : - les iSGLT2 pour réduire l'incidence des événements CV et des hospitalisation pour IC, et pour limiter la progression de la MRC vers l'insuffisance rénale terminale. - les aGLP-1R pour réduire l'incidence des événements CV." La précision "hors risque d'hypoglycémie" doit être mieux expliquée si maintenue ici.
Expert 37	- ces nouveaux traitements évoqués n'occasionnent pas d'hypoglycémie, le terme "hypoglycémiant" me paraît donc inadapté et source de confusion, il faudrait plutôt opter pour molécules "anti-diabétiques" - la Metformine reste le traitement de 1ère intention, y compris dans les recommandations nationales et internationales, et apporte nombre de bénéfice sur l'équilibre glycémique
Expert 39	proposition de corriger molécules "hypoglycémiantes" par "normoglycémiantes" pour être scientifiquement exact, eu égard à leurs mécanismes d'action, non hypoglycémiant lorsque seuls. Ligne 6, reprendre le début de phrase : enlever "au niveau" et mettre, "dans les RBP nationales et internationales les plus récentes",....et pas dans "des RBP..." et Ligne 7, idem, remplacer récentes classes thérapeutiques "hypoglycémiantes", par "normoglycémiantes".
Expert 41	Ce n'est pas clair / metformine qui reste en première intention ou non ?
Expert 42	Coquille dans le texte avec oubli d'un "2": "La prise en charge médicamenteuse du patient atteint d'un diabète de type "2" a connu ces dernières années..."
Expert 50	Il manque le 2 après diabète de type .. à la 3ème ligne Toutes les molécules ne sont pas hypoglycémiantes Au niveau dans des RBP : revoir syntaxe Idem en raison notamment des données,
Expert 51	en raison notamment des données SUR leurs effets
Expert 52	mais tel que c'est rédigé c'est la porte ouverte à ces deux molécules en première ligne en l'absence de CI
Expert 53	Signaler aussi l'impact de ces molécules sur la perte de poids qui est aussi un objectif à atteindre chez de nombreux patients avec un Diabète de type 2
Expert 56	Que veut dire " très en amont de la stratégie médicamenteuse" ? Est-ce que ce texte remet en cause, dans ces situations de prévention CV, d'insuffisance cardiaque ou de MRC, la coprescription initiale de metformine et d'un iSLT2 ou arGLP1 ? Dans ce cas-là, pas d'accord. Trop d'études observationnelles de qualité de plus en plus grande confirme les intérêts de la metformine (et il n'y aura probablement plus de RCT avec la metformine) et toutes les études avec

	un iSLT2 ou arGLP1 ont été fait en sus d'un traitement par metformine.
Expert 58	La formulation de la dernière proposition (Ainsi, concernant ...) est un peu alambiquée. A reformuler plus clairement
Expert 62	Pourquoi ajouter "très en amont de la stratégie médicamenteuse" : cela fait-il allusion aux mesures hygiéno-diététiques (MTMV) mentionnées auparavant ?
Expert 63	Je ne répondrai pas à une partie des questions, n ayant pas d'expertise sur les traitements médicamenteux
Expert 65	Oui, mais: La prise en charge médicamenteuse du patient atteint d'un diabète de type 2... avec les molécules anti-hyperglycémiantes (et non hypoglycémiantes) comme... Concernant les agonistes du récepteur au GLP1: pour la prévention d'évènements cardiovasculaires et aussi de la dégradation de la fonction rénale. Plusieurs mots manquent ou erreurs de typo à corriger.
Expert 73	Référentiel publié en décembre 2023 sur le site de la Société Francophone du Diabète : https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/referentiel_isglt2.pdf

Tout au long de la prise en charge et à chaque étape (suivi, réévaluation)

Proposition 48

R.46 Quelle que soit l'étape de la stratégie thérapeutique, il est recommandé :

- D'assurer une démarche centrée sur le patient dans le cadre d'une décision médicale partagée (prise en compte de ses besoins, préférences, contraintes et ressources, effets indésirables) ;
- de prendre en compte l'environnement social, familial et culturel du patient (activité professionnelle, rythme des repas) et son profil médico-psychologique (niveau de littératie en santé, situation de fragilité, isolement, précarité) ;
- de réévaluer l'application des mesures de modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV) et de les renforcer si nécessaire.(grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.72

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	1	10	56	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	peut-être plus pour les thérapeutiques injectables qu'orales
Expert 8	dans la prise en compte de l'environnement social ... et son profil médico-psychologique, je suggère de remplacer "profil médico-psychologique " par "profil socio-culturel" et d'ajouter dans la parenthèse qui suit "autonomie dans les prises de décision"
Expert 9	et l'observance...
Expert 14	et de (ré)orienter
Expert 32	- Préciser "de la stratégie thérapeutique médicamenteuse" (sinon, nous retombons dans le contexte général et cette recos peut être placée plus tôt). - "prise en compte de ses besoins et de ses objectifs individualisés en termes de contrôle glycémique et

	de prévention des complications"
Expert 52	et les comorbidités ++++++
Expert 56	de réévaluer l'application des mesures de modifications thérapeutiques du mode de vie (MTMV) et de les renforcer si possible
Expert 76	Prendre en compte l'acuité visuelle du patient. Car un patient qui voit mal est un patient: 1- qui aura tendance à être sédentaire 2- qui risque de faire des chutes et avoir des accidents lors de son activité physique 3- qui ne pourra pas bien lire ses ordonnances, prospectus et documentations médicale 4- qui verra sa santé mentale se dégrader 5- qui va rater davantage ses rendez vous médicaux car aura de plus en plus de difficultés à se déplacer

Proposition 49

R.47 Tout au long de la prise en charge, de manière régulière et à chaque changement de traitement, il est nécessaire (grade AE) :

- D'effectuer une évaluation pour reconsidérer le maintien ou l'arrêt de la stratégie (efficacité, tolérance, acceptabilité et préférences du patient), voire la possibilité de désescalade médicamenteuse
- D'assurer l'accompagnement thérapeutique du patient, sa connaissance, et son adhésion (en particulier au passage à un traitement injectable)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	0	2	7	57	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.94	97.06

Expert	Commentaires
Expert 1	Je pense non contributif de mettre en avant l'arrêt ou le désescalade médicamenteuse en généralité. Celle ci est peu recommandée en cas de haut ou très haut risque CV
Expert 5	R. 47 Tout au long de la prise en charge, de manière régulière, en fonction de l'évolution du patient et à chaque changement de traitement, il est nécessaire (grade AE) :
Expert 8	D'assurer l'accompagnement thérapeutique du patient, sa connaissance, et son adhésion (en particulier au passage à un traitement injectable): voir commentaire précédent sur cette formulation
Expert 32	- préciser "de la stratégie thérapeutique en cours"
Expert 53	rajouter observance des traitements à évaluer avant tout changement
Expert 64	sauf pour les traitements cardio et néphroprotecteurs à ne pas arrêter
Expert 73	sensibilisation sur la pharmaco et matériovigilance : la conservation des produits de santé (insuline...) ou DM thermosensibles. Signaler son diabète lors d'examens spécifiques (nécessitant l'injection d'un produit de contraste iodé, par exemple)

Proposition 50

R.48 Le rythme des consultations doit être fixé en fonction des caractéristiques du patient. Une consultation tous les 3 mois est généralement suffisante. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.52

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	2	2	6	2	6	10	30	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.00	90.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Une consultation tous les 3 mois auprès du médecin traitant
Expert 2	il faut ici préciser avec quel professionnel ! pas possible avec un diabétologue ... par ailleurs certaines personnes n'ont pas de MT, faut il que tous les patients avec DT2 soient vu tous les 3 mois par un MT place de l'IPA ??
Expert 7	un bilan tous les 3 mois, une pesée etc..., une consultation médicale trimestrielle systématique ou minimale pas forcément
Expert 8	reco pas utile car très dépendant au stade de la maladie et des problématiques du patient et si ETP nécessaire
Expert 9	voire ts les 6 mois si monothérapie (ou abstention médicamenteuse, fréquente), faible risque CV et objectif atteint (et Hbgluc/ 3 mois)
Expert 10	avec soutien dans de nombreux cas d'IDE type Azalée ou IPA ou IDE formée
Expert 11	"tous les 3 à 6 mois", cela serait plus cohérent avec la recommandation 53 et moins contraignant
Expert 14	il est recommandé une PEC pluridisciplinaire, il s'agit 1 consultation médicale tous les 3 mois?
Expert 24	Le rythme des consultations doit être fixé en fonction des caractéristiques du patient. Une consultation tous les 3 mois est généralement suffisante lorsque le diabète est évalué comme stable. En cas de déséquilibre et/ou de modification des stratégies thérapeutique, une consultation mensuelle peut-être recommandée. Cette consultation peut être réalisée auprès du médecin, médecin spécialiste ou d'un infirmier en pratique avancée ou d'un infirmier exerçant sous protocole de coopération ou dans le

	dispositif ASALée s'il s'agit d'un exercice coordonné en soins primaires
Expert 32	Pourquoi ne traiter le rythme des consultation que dans cette partie sur les traitements médicamenteux ? Si la reco est centrée sur le suivi du traitement pharmacologique, merci de simplement préciser la fréquence de réévaluation (tous les 3 à 6 mois) dans la R.47 en regroupant avec R.51.
Expert 37	tous les 3 mois avec le médecin traitant, en période d'adaptation thérapeutique, un suivi tous les 6 mois en période stable paraît suffisant
Expert 44	Compte tenu des difficultés actuelles d'accès aux soins, la fréquence des consultations devrait être modulée et l'intérêt de la 2e phrase de cette proposition se discute. Il n'y a aucun argument scientifique pour proposer un suivi tous les 3 mois pour les patients en situation commune. On pourrait proposer un suivi tous les 3 à 6 mois, notamment pour les patients en situation stable.
Expert 45	tous les 3 à 4 mois
Expert 46	si un recours au changement de comportement intégration injectable rajouter des cs intermédiaires avec IDE avalé /ipa est un plus avec une action sur la LH
Expert 51	Penser au rôle des IPA en alternance avec les MG sur ces profils de patients
Expert 52	reco ambiguë cette fréquence relève des phases d'adaptation du traitement elle ne doit pas être une cible chez un malade stable et bien équilibré
Expert 56	Le rythme des consultations doit être fixé en fonction des caractéristiques du patient et faire l'objet d'une prise de décision partagée. Il peut évoluer au fil du temps.
Expert 58	Une consultation tous les 3 mois pour un spécialiste EDN est quasiment mission impossible compte tenu de la démographie médicale et du nombre de patients DT2. Ce n'est pas toujours plus aisé pour un MG
Expert 64	et fonction de l'équilibre glycémique et de l'adhésion de la personne
Expert 65	plus tôt après l'initiation de l'insulinothérapie
Expert 69	Tous les 4 mois

Proposition 51

R.49 Si l'objectif défini initialement avec le patient n'est pas atteint malgré la mise en place des mesures MTMV, un traitement médicamenteux sera proposé et défini avec le patient. (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.31

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	0	2	3	2	6	52	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.41	95.59

Expert	Commentaires
Expert 1	Non valable pour les patients DT2 avec haut ou très haut risque CV
Expert 8	trop restrictif, si l glycémie est à plus de 2G, et que la personne est active et a une alimentation diversifiée, on ne va pas attendre pour mettre en place un traitement médicamenteux
Expert 10	pour le cas où on n'est pas dans l'urgence au moment du diagnostic
Expert 13	Le traitement médicamenteux ne doit pas être présenté comme un échec en cas de non modification du mode de vie. Sinon cela sera perçu négativement par les patients. l'un ne doit pas s'opposer à l'autre.
Expert 14	l'impact des MTMV est très variable dans le temps selon chaque patient, est il prévu une durée maximale?
Expert 20	Dans certaines situations (prévention secondaire cardiovasculaire ou rénale) les traitements médicamenteux doivent être prescrits même si l'objectif d'HbA1c est atteint
Expert 32	Préciser de quel objectif il s'agit : objectif individualisé de contrôle glycémique (HbA1c) ? Cependant, comme indiqué précédemment, les situation de prévention CV secondaire, insuf cardiaque et MRC doivent conduire à une prescription à visée de protection d'organe indépendamment du taux d'HbA1c. A préciser ici ?
Expert 35	Inclure un critère de temps dans l'atteinte de l'objectif via la mise en place des mesures MTMV ?
Expert 44	"objectif défini avec la patient": le patient n'a pas forcément connaissance des objectifs de glycémie. il peut avoir rempli l'objectif en terme de diététique, mais sans que cela n'ait été suffisant pour avoir atteint une HbA1c adéquate. On suggère d'enlever "avec le patient", dans la 1ère partie de la phrase. Bien sûr, le garder dans la 2e partie
Expert 50	Si diabète très déséquilibré traitement d'emblée ?

Expert 56	Si cela sous-entend qu'une prescription médicamenteuse ne peut être réalisée au diagnostic, ce n'est pas la pratique dans de nombreuses situations et pas en accord avec les reco internationales
Expert 57	oui chez le patient avec un déséquilibre glycémique faible à modéré, ce n'est pas le cas en cas de déséquilibre important

Proposition 52

R.50 Afin de favoriser leur tolérance, les traitements seront démarrés aux doses minimales recommandées qui seront augmentées progressivement jusqu'aux doses maximales tolérées ou jusqu'à l'atteinte de l'objectif. Ils devront être pris selon les règles pharmacologiques de prescription (horaire par rapport aux repas, nombre de prises, etc.). (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	0	0	2	3	8	49	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.12	96.88

Expert	Commentaires
Expert 1	qui seront augmentées progressivement jusqu'aux doses ayant montré un rapport bénéfice risque favorable sur les évènements cliniques dans les études de morbi mortalité
Expert 5	attention au risque d'inertie thérapeutique du prescripteur, mettre après progressivement et régulièrement
Expert 14	et des indicateurs de tailles et de poids?
Expert 25	pas forcément il est parfois utile de démarrer la metformine d'emblée à 2000 mg par jour afin de baisser la dose si besoin (troubles digestifs)
Expert 32	"initiés" ou "initialement prescrits" plutôt que "démarrés"
Expert 39	Je rajouterais: "et en respectant leur AMM".
Expert 41	Préciser qu'une information sur l'efficacité, les effets secondaires éventuels, les interactions médicamenteuses, l'observance, doit être fournie au patient.
Expert 44	La tolérance est fondamentale, mais la prescription doit aussi favoriser l'observance (traitements combinés, 1 à 2 prises par jour, etc...)
Expert 45	Si diabète très déséquilibré, on débute rarement à dose minimale en pratique
Expert 52	OK pour le glissement progressif en revanche évoquer notion de multithérapie d'emblée chez un malade très déséquilibré à la découverte avec une glucotox majeure
Expert 53	Préciser en cas de déséquilibre glycémique modéré

Expert 56	Jusqu'à l'atteinte de quel objectif ? HbA1c ? Posologique ? Pour la metformine : préconisation d'atteindre la dose maximale tolérée quel que soit l'HbA1c Pour les arGLP1 en prévention secondaire : atteinte de la dose qui a prouvé son efficacité... Proposition pas assez précise
Expert 65	Ceci est exact pour les médicaments nécessitant une titration. Ceci n'est pas le cas pour les inhibiteurs des DPP4 (gliptines) ni pour un des deux iSGLT2 disponibles en France.

Proposition 53

R.51 La réévaluation du traitement est nécessaire après un intervalle de 3 à 6 mois - plus rapidement en cas de signes cliniques liés à l'hyperglycémie ou aux effets indésirables (événements gastro intestinaux, hypoglycémie, prise de poids, autres effets indésirables, etc) et en portant une attention particulière à l'observance. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.63

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	1	1	8	50	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.61	98.39

Expert	Commentaires
Expert 8	trop long et en décalage avec l'accompagnement thérapeutique préconisé précédemment ; pourquoi le médecin généraliste ne reverrait pas le patient plus tôt après un changement thérapeutique ? ; être plus précis s'il s'agit de la réévaluation au long cours en dehors des périodes d'adaptation
Expert 10	justement, l'observance nécessite souvent un contrôle rapproché, qui peut tout à fait être délégué à une IDE formée.
Expert 14	la réévaluation du traitement doit inclure la réévaluation des MTMV
Expert 32	Regrouper avec R.48 +/- R.47
Expert 51	une réévaluation de la tolérance par l'IDE d'ETP ou l'IPA doit être de manière rapprochée après la prescription. L'IPA peut ajuster les doses et revoir les modalités de prise afin de faciliter la tolérance et donc l'observance
Expert 52	insuffisamment précis en phase initiale reevaluation à 3 mois pour éviter inertie thérapeutique en phase stabilisé suivi semestriel si CNS suivi annuel si stable à l'objectif sans CNS
Expert 56	Et si on parlait "d'adhésion au traitement" plutôt que "d'observance" ?
Expert 64	adhésion plus adaptée comme terme qu observance qui fait référence à des pratiques religieuses....
Expert 65	plus rapidement aussi après initiation de l'insulinothérapie

Proposition 54

R.52 Dans tous les cas, il est recommandé d'informer le patient des avantages et inconvénients des traitements proposés et de tenir compte de leur acceptabilité. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.79

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	2	6	57	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	et des effets secondaires
Expert 14	Avantages - Inconvénients co construits
Expert 32	Remplacer "dans tous les cas" par "lors de chaque modification thérapeutique". A regrouper avec R.46
Expert 44	rajouter, en adaptant le discours à la compréhension du patient.
Expert 51	ainsi que de l'existence de traitements alternatifs en cas d'intolérance (sinon les patients ne reviennent pas)
Expert 52	Y compris chez un malade avec troubles cognitifs majeurs...? pondérer "dans tous les cas" svp
Expert 56	Un outil d'aide à la décision partagée serait utile (tableau de la prise de position de la SFD, par exemple ?)
Expert 62	Dans tous les cas : idéalement, mais il y a certainement des exceptions !

Proposition 55

R.53 Lors de l'introduction d'un médicament susceptible d'induire des hypoglycémies, il est important d'apprendre au patient à prévenir, identifier ses symptômes et prendre en charge une hypoglycémie. La prescription d'un lecteur de glycémie doit être discutée et son utilisation encouragée. (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.41

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	0	0	1	0	2	9	52	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.48	95.52

Expert	Commentaires
Expert 5	il est important d'apprendre au patient à prévenir ces hypoglycémies par la connaissance des circonstances pouvant les favoriser et les symptômes qui y sont associés
Expert 7	seulement pour les molécules à risque d'hypoglycémie qui sont de moins en moins utilisées, éventuellement plutôt un risque de cétose et donc plutôt des bandelettes de cétonurie
Expert 17	il faut ajouter "ou capteur de glucose" si insuline (dès monoinjection)
Expert 18	mise en pratique du lecteur au cabinet medical ou en pharmacie au risque que le patient ne l'utilise pas
Expert 20	L'autosurveillance glycémique n'est pas seulement discutée avec ces traitements, elle est nécessaire
Expert 30	nécessité de ETP avant de prescrire des médicament avec risque d'hypoglycémie? Prise en compte de l'insulino résistance dans l'évaluation du risque d'hypoglycémie?
Expert 32	Formulation à revoir. En particulier, remplacer "prescription d'un lecteur de glycémie" par "mise en place d'une auto-surveillance glycémique." En effet, il peut s'agir de capteurs d'emblée si le patient est insuliné.
Expert 37	la prescription du lecteur est indispensable dans ce cas, avec formation de l'entourage si le patient n'est pas apte à gérer seul
Expert 45	la prescription d'un lecteur de glycémie doit être recommandée plutôt que discutée selon moi
Expert 51	En cas de fragilité du patient un suivi par IDEL peut être envisagé pendant 15 séances de surveillance

	pour mise en route d'un traitement.
Expert 56	Deux propositions potentiellement indépendantes. L'ASG devrait faire l'objet d'une proposition indépendante, incluant son intérêt et les modalités en cas de traitement susceptible d'induire des hypoglycémie. Si ce sont des insulino-sécréteurs sans insuline, lecteur de glycémie et glycémies capillaires. Si c'est de l'insuline, potentiellement mesure continue du glucose...
Expert 62	L'intérêt du lecteur chez les patients uniquement traités par antidiabétiques oraux reste discuté. L'utilisation doit être encouragée uniquement au cas par cas, à mon sens
Expert 68	Je rajouterais "et à son aidant éventuel"

Proposition 56

R.54 Il n'est pas recommandé d'associer deux médicaments de même mécanisme d'action. (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.84

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	0	7	51	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	donner des exemples
Expert 32	Formulation à renforcer : "Il est recommandé de ne jamais associer deux médicaments..."
Expert 56	Peut-être les préciser ?
Expert 58	Il est même inutile de le faire, voire dangereux
Expert 65	Je préférerais que soient ajoutées ces précisions: ne pas associer un sulfamide hypoglycémiant avec un glinide ni une gliptine avec un agoniste du récepteur du GLP1.

Proposition 57

R.55 En raison des difficultés d'accès aux spécialistes dans le parcours de soins, la prescription de toutes les molécules devrait pouvoir être réalisée par les médecins spécialistes du diabète ainsi que par les médecins traitants (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.85

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	0	2	1	3	9	9	36	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.94	92.06

Expert	Commentaires
Expert 4	Je suis d'accord mais il faudrait limiter aux thérapeutiques disponibles à la date de la rédaction de ces recommandations car pour celles à venir, cela sera à réévaluer au cas par cas.
Expert 5	En raison des difficultés d'accès aux spécialistes dans le parcours de soins, et les programmes de formation médicale continue
Expert 7	hors pompe sous cutanée
Expert 9	pas médecin traitant mais médecin généraliste (le médecin traitant peut être un spécialiste par exemple un psychiatre...situation rare mais existante)
Expert 14	communication entre eux
Expert 18	SOUS RESERVE D'UNE BONNE COOPERATION ET D'UN ECHANGE POSSIBLE (TEL, MAIL...) AVEC LES SPECIALISTES EDN
Expert 24	Les infirmiers en pratique avancée, nouveaux professionnels de santé, exercent en relais des consultations médicales avec un prisme d'approche collaboratif, issu des sciences infirmières en appui sur l'Evidence Based Nursing et permettent un suivi plus rapproché, une réévaluation plus précoce, une discussion en concertation avec le médecin référents autour de l'efficacité de la stratégie thérapeutique choisie, une amélioration du parcours de soins et du lien ville-hôpital. La loi Rist du 19 Mai 2023 permet également l'accès direct des patients vers l'IPA et la primo-prescription pour un certain nombre de molécules (non encore définies à ce jour -décrets en attente de parution).
Expert 25	il est fortement souhaitable de maîtriser les flux de prescriptions des futurs traitements amaigrissants par un accès réservé aux nutritionnistes (Endocrinologue diabetologue nutritionnistes) ; au moins pour la

	première années de prescription
Expert 29	La prescription initiale limitée aux spécialistes est également un outil très utile pour lutter contre cette séparation : suivi généraliste exclusif et suivi par un diabétologue. Il y a de plus en plus de diabétologues, on ne devrait pas être en situation de pénurie d'avis thérapeutique. Il serait plus utile que les endocrinologues donnent des avis thérapeutiques ponctuels pour un patient diabétique que pour une hypothyroïdie ou un nodule simple. Cette avis thérapeutique ponctuel a d'autres vertus : permet la multidisciplinarité, information exhaustive sur les effets secondaires (non faite par le généraliste par manque de temps ou de connaissance) avis sur la prise en charge globale de ces patients, éventuellement intégration à des programmes d'ETP qui seraient pilotés justement par les diabétologues et non les généralistes. La pénurie d'avis spécialisés n'est pas recevable et favorise une médecine à deux vitesses alors que de l'organisation pourrait y pallier. Pour les situations de carence extrême, au pire il y a des outils comme la télé-expertise qui peuvent pallier à l'absence de spécialiste.
Expert 30	Oui mais il faut définir les circuits patients pour ne pas retarder la consultation avec le spécialiste et risquer la perte de chance
Expert 32	Est-ce le rôle des recommandations de vouloir imposer cela ? Je suis plutôt d'accord et c'est d'ailleurs le cas pour l'ensemble des traitements actuellement mais les décisions des agences conditionnent la pratique de prescription et il est impossible d'anticiper les décisions pour les molécules à venir. A retirer à mon avis.
Expert 37	surtout pour les traitements à visée de protection cardiovasculaire, trop de patients en prévention cardiovasculaire secondaire sont encore sous Metformine + sulfamide hypoglycémiant
Expert 40	cela nécessite aussi de réfléchir à une formation initiale plus longue et plus pratique des futurs médecins traitants pendant le cursus des études médicales et à la formation des médecins en cours d'activité pour éviter les prescriptions inadaptées exemple récent des analogues du GLP 1 prescrits hors AMM et des inhibiteurs des SGLT2 prescrits sans ETP autour de la surveillance des effets secondaires
Expert 41	Le passage à des molécules injectables devrait se faire via un endocrinologue
Expert 44	Le recours au spécialiste doit être encouragé dans le cadre du parcours pluriprofessionnel autour du patient. Il doit s'appuyer sur les recommandations du parcours de soins HAS de 2014. Il peut se faire par le biais d'une consultation, d'un bilan en hospitalisation de jour ou par la télé-expertise. Il est important en particulier dans les situations complexes: obésité, survenue de complication, recours ou intensification d'un traitement par insuline. Il est plus utile d'avoir un recours ponctuel au spécialiste que d'avoir des suivis de patients en situation stable. La HAS peut également proposer qu'en situation stable, une consultation annuelle avec le spécialiste est suffisante.
Expert 51	Selon les recos, les IPA devraient dès la parution des décrets d'application de la primoprescription pouvoir introduire les molécules d'initiation thérapeutique, en respect des normes sécuritaires (retour vers le médecin dans un délai défini par le décret)
Expert 52	toutes les molécules "anti diabétiques" sinon quid des anti PCSK9 quid des traitement par anti sens anti apo C3 pour les HTG etc etc
Expert 53	oui mais ne pas négliger la place de du médecin spécialiste EDN dans le parcours de soins du patient

	diabétique dès l'entrée dans la maladie. En effet les résultats de l'étude ENTRED montre que très peu de patients diabétiques de type 2 voient un spécialiste dans leur suivi.
Expert 58	Sur le principe oui. Dans la pratique, il faut bien maîtriser la pharmacologie des traitements anti-diabétiques (notamment des nouveaux), les éventuelles interactions médicamenteuses ou effets secondaires, que les spécialistes EDN connaissent mieux et le MG peut-être un peu moins bien.
Expert 61	oui cependant un avis en téléexpertise est accessible à tous et peut permettre d'optimiser les traitements mis en route par les non spécialistes
Expert 62	A mon sens, pour l'initiation, le recours à un spécialiste doit être encouragée dans certains cas, surtout si le médecin traitant ne se sent pas à l'aise dans la prescription de molécules comme les agonistes des récepteurs du GLP-1
Expert 64	médecins traitants formés!!!
Expert 65	sauf si trithérapie ou schémas thérapeutiques plus complexes
Expert 66	Toujours un avis spécialiste au moins une fois par an et suivi par les IPA
Expert 68	généralistes à la place de traitants?
Expert 70	Importance peut être de les former ou de leur proposer pour éviter les additions des molécules et parfois une sur médicament qui peut générer d'autres troubles

A l'initiation des traitements médicamenteux

Proposition 58

R.56 Dans le cadre de la décision médicale partagée avec le patient, les éléments déterminants pour effectuer le choix des médicaments à considérer sont :

- les circonstances cliniques individuelles du patient, par exemple les comorbidités : la présence ou non de pathologies cardiovasculaires et/ou rénales, le risque cardiovasculaire (selon les définitions décrites dans les recommandations de bonne pratique en cours), les contre-indications, le poids et les risques liés à la polymédication
- les préférences et les besoins individuels de la personne ;
- l'efficacité des traitements médicamenteux en termes de réponse métabolique et de protection cardiovasculaire et rénale
- Innocuité et opérabilité du traitement médicamenteux
- Exigences en matière de surveillance
- Disponibilités des médicaments sur le marché (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.49

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	0	0	2	1	13	48	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.03	96.97

Expert	Commentaires
Expert 1	Je propose de modifier cette phrase "l'efficacité des traitements médicamenteux en termes de réponse métabolique et de protection cardiovasculaire et rénale" par "l'efficacité des traitements médicamenteux en termes de protection cardiovasculaire et rénale et de réponse métabolique"
Expert 8	remplacer "le poids" par le niveau d'excès pondéral" je suggère d'être plus explicite sur le risque d'hypoglycémie (avec les contraintes professionnelles que cela génère)
Expert 9	rapport bénéfices/ risques

Expert 25	et des couts
Expert 30	il ne me paraît pas logique d'inscrire la disponibilité des médicaments dans des recommandations. Ce n'est pas de l'EBM. C'est dangereux de le formaliser comme tel.
Expert 31	tolérabilité ou tolérance ?
Expert 32	OK mais doit venir plus tôt avec la notion de DMP. Quelques formulations à revoir/compléter : - "le niveau de risque CV" - "besoins individuels et les objectifs individualisés de" - "réponse glycémique et pondérale, et de protection.." - "disponibilité sur le marché et conditions de remboursement"
Expert 36	Est-il possible d'ajouter après "risques liés à la polymédication" les termes "(observance et interactions médicamenteuses en particulier)" afin d'être explicites dans les recommandations.
Expert 37	- mettre le risque hypoglycémique en avant ++ (peut être sous entendu dans l'innocuité et tolérabilité du traitement médicamenteux) - la disponibilité des médicaments sur le marché ne devrait pas être une condition mais il est vrai qu'elle s'impose de plus en plus
Expert 41	La disponibilité des médicaments est un préalable à la prescription en France. Préciser s'il s'agit de commercialisation ou de rupture provisoire.
Expert 45	- le risque hypoglycémique
Expert 51	disponibilités sur le marché et le territoire
Expert 56	Là encore, un outil d'aide à la décision partagée serait utile
Expert 57	Inclure la notion de "Disponibilités des médicaments sur le marché (grade AE)" est l'acceptation des insuffisances de notre système de soins. Je ne suis pas favorable à inclure ce dernier item
Expert 58	Tous ces paramètres indispensables à une bonne prescription démontrent que la pharmacologie est indispensable à être bien connue (cf remarque R55)
Expert 76	- Niveau d'atteinte visuelle, un équilibre rapide du diabète chez un patient ayant une rétinopathie diabétique pré-existante peut provoquer une rétinopathie floride

Proposition 59

R.57 Au-delà de la recherche de l'équilibre glycémique, et même lorsque celui-ci est atteint, la PEC médicamenteuse doit tenir compte des autres bénéfices associés des molécules en terme de prévention et de gestion cardiovasculaire, rénale et de l'impact sur le poids. (grade C)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	0	1	0	1	11	51	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.03	96.97

Expert	Commentaires
Expert 1	La prévention cardio rénale doit être la priorité sur l'équilibre glycémique. C'est ce qui est préconisé par les sociétés savantes européennes et nord américaines depuis 10 ans
Expert 8	et la notion de durabilité (échappement) ?
Expert 9	et des effets secondaires potentiels
Expert 17	j'inverserais la phrase : " la PEC médicamenteuse doit tenir compte des autres bénéfices associés des molécules en terme de prévention et de gestion cardiovasculaire, rénale et de l'impact sur le poids, au-delà de la recherche de l'équilibre glycémique, et même lorsque celui-ci est atteint"
Expert 32	Formulation à revoir : "en termes de protection CV et rénale, mais également d'impact pondéral"
Expert 40	le problème est que les AMM et les périmètres de remboursement sont restreints ce qui gêne la prise en compte des autres bénéfices associés en pratique exemple des analogues du GLP1 dans l'indication prévention CV quels que soient l'HbA1c et le poids, exemple des inh des SGLT2 qui ne sont remboursés dans l'indication rénale que pour des RAC élevés > 200mg/g et DFG entre 25 et 75ml/mn et pas pour toutes les molécules disponibles la mise en adéquation des recommandations et des AMM/ périmètre de remboursement est un réel problème pour le suivi des recommandations
Expert 52	NB attention à ne pas donner l'impression que les complications du diabète se resument au CV et rénal ce sont simplement les end point les plus accessibles à moyen terme lors des essais cliniques il faut 10 ans pour la RD, 20 ans pour la neuropathie

Expert 55	redondant
Expert 62	Pourquoi seulement garde C ? C, OK pour le poids, mais pas pour la protection cardio-rénale
Expert 73	et de la qualité de vie également !

Proposition 60

R.58 En cas de situation de symptômes d'hyperglycémie ou de diabète très déséquilibré (grade AE) :

-En cas de symptômes d'hyperglycémie (syndrome polyuro-polydipsique, amaigrissement) ou de diabète très déséquilibré avec des glycémies répétées supérieures à 3 g/l ou un taux d'HbA1c supérieur à 10 %, une bithérapie voire une insulinothérapie peuvent être instaurées d'emblée.

-Dans cette situation, lors de la réévaluation du traitement, si le diabète est bien contrôlé, on pourra être amené à revenir sur le schéma général

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.41

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	0	0	6	10	43	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.28	96.72

Expert	Commentaires
Expert 4	Je trouve que cette recommandation expose à beaucoup de risque et notamment de passer à côté d'un diagnostic de Diabète de type 1. Il devrait IMPERATIVEMENT être mentionné la recherche obligatoire d'acétone, la recherche d'un syndrome cardinal ou une perte de poids significative qui doivent imposer la mise sous insuline et le plus souvent la demande d'un avis spécialisé. Dans les rares cas où ces éléments auront été éliminés avec certitude, une biothérapie pourra être instaurée d'emblée.
Expert 10	c'est ce que j'attendais dans mes commentaires plus haut
Expert 11	Est-il nécessaire de rappeler les signes de gravité (hyperosmolarité, cétonémie) , qui justifieraient d'une autre prise en charge ?
Expert 20	1/ Le seuil de 10% pour pouvoir proposer une bithérapie me semble élevé, plutôt 8,5 ou 9% 2/ En cas de syndrome polyuro-polydipsique et amaigrissement, l'insulinothérapie est indispensable et cela ne transparaît pas suffisamment dans l'avis
Expert 26	plutôt que "pourra" j'aurais mis on "devra" rediscuter le traitement/schéma général
Expert 32	Revoir formulation. Plutôt que "schéma général" : "être amené à une désescalade thérapeutique pour revenir vers la stratégie de prise en charge classique"
Expert 39	Je rajouterais une proposition de plus pour rappeler qu'en cas de cétose franche au diagnostic de diabète,

	quelle que soit la glycémie, une insulinothérapie doit être initiée d'emblée, soit en ville par ou avec l'aide d'un spécialiste EDN, soit à l'hôpital/clinique, en l'absence de spécialiste libéral EDN disponible, et dans tous les cas hospitalisée, si cétose déjà sévère et/ou baisse de la réserve alcaline au ionogramme sanguin: à remonter au groupe de travail. Cette insulinothérapie sera transitoire le plus souvent (1 mois), dans le cas du diabète d'un sujet ultramarin.
Expert 44	Rajouter l'item: - le recours au spécialiste en EDN est nécessaire
Expert 50	Hba1c > 8,5% selon la sfd Revoir dernière phrase
Expert 52	oui cela devrait apparaitre à plusieurs reprises en amont +++
Expert 55	préciser qu'un recours au diabétologue est fortement recommandé
Expert 56	une bithérapie, voire une trithérapie incluant une insulinothérapie, peuvent être instaurées d'emblée
Expert 58	dans cette situation, il faut surtout adresser rapidement le patient au spécialiste EDN, voire en hospitalisation
Expert 64	10% c est d'emblée introduction d un analogue lent avec ttt oraux
Expert 65	amaigrissement non souhaité

IV.2 Prise en charge médicamenteuse en monothérapie et bithérapie

En monothérapie

En monothérapie en cas de contre-indication ou intolérance à la MET

Proposition 61

R.61 En cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine chez les sujets présentant une insuffisance cardiaque chronique, une maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie, une néphropathie diabétique ou les sujets à haut risque cardio-vasculaire, il est recommandé de prescrire une glifozine iSGLT2. (grade C)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.90

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	2	1	0	3	2	5	7	36	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.02	92.98

Expert	Commentaires
Expert 4	En cas de "maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie" et chez "les sujets à haut risque cardio-vasculaire" qui ont un IMC au delà de 27 kg/m ² , il me semble qu'il y a le choix d'après les données des publications entre iSGLT2 et les analogues du GLP1 ayant démontré un bénéfice cardiovasculaire (liraglutide, sémaglutide et dulaglutide) en fonction de la nécessité plus ou moins importante de perte de poids et de la préférence du patient. Etudes LEADER, SUSTAIN-6, REWIND
Expert 8	il faudrait peut-être d'abord annoncer que la metformine reste le médicament de première intention en population DT2 générale

	intégrer l'insuffisance respiratoire parmi les contre-indications ?
Expert 9	en tenant compte de leurs effets secondaires et en les indiquant au patient
Expert 11	Il manque les avis sur les recommandations R.59 et R. 60, recommandant une monothérapie ainsi que la metformine en première intention Totalemt d'accord pour moi sur ces 2 éléments.
Expert 20	Je ne vois pas de proposition évoquant la prescription de metformine comme traitement de première ligne, ce n'est plus le cas ? Les AR GLP-1 peuvent également constituer une alternative en cas de maladie athéromateuse avérée ou en cas d'obésité Le terme néphropathie diabétique devrait être remplacé par maladie rénale chronique
Expert 32	Attention : il manque les R.59 et R.60 (préciser : "données récentes de bonne qualité" : concernant quelles questions???, "reste recommandé en 1ère intention après échec des MTMV") !!! R.61 : - remplacer "néphropathie diabétique" par "maladie rénale chronique" - la notion de sujets à haut risque CV doit être précisée. - gliflozine ou iSGLT2 (garder un seul terme) - "ou en cas de CI / intolérance, un aGLP-1R Athéroscléreuse ou artérioscléreuse ???
Expert 36	ajouter un "l" à "glifozines"=>gliflozines
Expert 37	les aGLP1 peuvent être tout autant justifié chez les patients avec atteinte athéromateuse prédominante, en cas d'écart à la cible d'HbA1c important (>1%), d'obésité sévère (IMC > 40), de terrain d'infection urinaire ou mycose génitale à répétition
Expert 40	il faut cependant définir plus précisément la maladie rénale ?
Expert 45	pourquoi ne pas positionner les aGLP1 en 2è intention chez les patients ayant une maladie athéromateuse établie et surpoids / obésité ?
Expert 50	Mettre « : » après metformine Erreur orthographe gliflozine
Expert 52	dans cette situation avec cardiopathie ou néphropathie la gliflozine prioritaire en monothérapie de première intention de toute façon elle sera déployée possiblement en amont par cardiologue ou néphrologue cf mes essais cliniques en population générale comportant des sous groupes importants de DT2
Expert 53	Un aGLP1 ou Gliflozine sont à favoriser si maladie athéroscléreuse établie en particulier AVC et IDM, le haut risque CV.
Expert 56	ou un aGLP1 chez les sujets présentant une maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie ou à haut risque cardio-vasculaire
Expert 57	chez le patient avec une obésité importante et une maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie, ou à haut risque CV les aGLP1 sont une autre possibilité tout à fait intéressante.
Expert 58	sauf en cas d'insuffisance rénale sévère (DFG < 25 mL/mn)
Expert 60	la virgule entre les comorbidités ne permet pas de savoir si c'est ou/et peut être faut-il le préciser
Expert 61	et en monothérapie sans intolérance à la met ? chez les sujets présentant une insuffisance cardiaque chronique, une maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie, une néphropathie diabétique ou les sujets à haut risque cardio-vasculaire

Expert 65	gliflozine et non glifozine. En cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine chez les sujets présentant une maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie et chez les sujets à haut risque cardio-vasculaire, un aGLP1 peut aussi être préconisé surtout lorsqu'une perte de poids est souhaitable.
Expert 67	une maladie cardio-vasculaire athéromateuse est plutôt une indication à un agoniste GLP-1 qu'un inhibiteur SGLT2
Expert 74	faute d'orthographe à Gliflozine

Proposition 62

R.62 En cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine, il est recommandé de prescrire une des autres alternatives possibles (grade C):

-DPP4i (option la plus simple pour la pratique clinique, en l'absence d'insuffisance cardiaque, de maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie, de néphropathie diabétique ou d'un haut risque cardio-vasculaire)

-Gliflozines

-aGLP1

-autres alternatives, le cas échéant (sulfamide hypoglycémiant en surveillant la prise de poids et la survenue d'hypoglycémies, répaglinide si la prise alimentaire est irrégulière, en raison de son administration à chaque repas (demi-vie courte) ; inhibiteurs des alphaglucosidases si la survenue d'hypoglycémies est une situation préoccupante)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.37

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	5	0	3	1	7	11	27	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	14.04	85.96

Expert	Commentaires
Expert 1	Je propose d'insister sur l'absence d'indication des DPP4i en cas de haut ou très haut risque cardiovasculaire en reformulant la phrase: DPP4i uniquement en l'absence d'insuffisance cardiaque, de maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie, de néphropathie diabétique ou d'un haut risque cardio-vasculaire
Expert 4	C'est tellement flou, cette recommandation. Vous ne parlez pas de préférence en fonction du poids ?
Expert 7	dans l'ordre
Expert 8	remplacer DPP4i par Gliptines et écrire analogues du GLP-1
Expert 9	les DPP4i(alias gliptines) ont été revues à la baisse (SMR faible : une première dans les annales de la commission de transparence en diabétologie ?) et font partie des médicaments à éviter selon la revue Prescrire
Expert 17	pour i DPP4 : ajouter si poids normal ou refus des injections pour sulfamides : ajouter le coût

Expert 18	LES INHIBITEURS DES ALPHAGLUCOSIDASES NE DEVRAIENT PLUS ETRE UTILISES, ILS ONT TROP D'EFFETS SECONDAIRES
Expert 20	Je ne vois pas de proposition évoquant la prescription de metformine comme traitement de première ligne, ce n'est plus le cas ? Les AR GLP-1 peuvent également constituer une alternative en cas de maladie athéromateuse avérée ou en cas d'obésité Si la survenue d'hypoglycémies est une situation préoccupante les solutions DPP4i, gliflozines, GLP-1 doivent survenir bien avant les inhibiteurs des alphaglucosidases, très peu efficaces et mal tolérés
Expert 26	voir insuline si la carence en insuline paraît déterminante dans le déclenchement de la maladie
Expert 30	Faut-il mettre les inhibiteurs de l'alpha glucosidase dont l'efficacité en terme d'HbA1c n'est pas à la hauteur de ses effets secondaires ?? Une fois que DPP4i, Gliflozines et aGLP1 ne fonctionnent pas ou sont contre indiquées, ou mal tolérés, la décision qui améliorera l'HbA1c est celle de l'insuline.
Expert 32	- Préciser d'emblée "en cas d'intolérance ou CI à la metformine chez les sujets ne présentant pas d'insuff cardiaque...." - pour gliflozine et aGLP-1R, préciser le bénéfice pondéral et l'absence de risque hypoglycémique - compte-tenu de leur faible impact glycémique et de leur tolérance digestive souvent mauvaise, les inh des alpha-glucosidases doivent être mis comme dernière alternative, en soulignant effectivement l'absence de risque hypoglycémique. Globalement, je trouve cette reco un peu sèche et finalement peu informative pour le prescripteur (tout en rappelant que le périmètre de remboursement de certaines classes n'englobe pas la monothérapie...)
Expert 36	Homogénéiser la place du "i" dans iSGLT2 et DPP4i. En français, on dirait iDPP4 plus que DPP4i je pense.
Expert 37	- les gliflozines ont déjà été évoquées plus haut - les inhibiteurs des alphaglucosidases ne devraient plus apparaître dans les traitements anti-diabétiques (baisse de moins de 0,5% de l'HbA1c dans les études)
Expert 39	J'enlèverais un "s" à glifozine J'harmoniserais arGLP1 ou aGLP1 dans tout le document : orthographe variable en fonction des endroits dans le document. Je suis étonnée de la terminologie alphaglucosidase au lieu de alpha1-glucosidase: à faire remonter au GT et revoir l'homogénéité du choix final si modification.
Expert 41	Il y a des explications pour certaines classes et pas pour toutes, à homogénéiser
Expert 44	On propose de rajouter une note; Chez les patients ayant un excès de poids, gliflozine ou aGLP-1 sont à privilégier Chez les patients pour lesquels le déséquilibre glycémique est important, un aGLP-1 est à privilégier
Expert 45	je préciserai autres alternatives en dernière intention (contre-indication ou intolérance aux autres traitements)
Expert 50	Pas d'explications comment choisir un traitement par rapport à un autre(ex si IRC, médicaments à éviter si personne âgée)
Expert 52	il faut orienter les choix selon la situation clinique du malade commentaires nécessaires à propos de GLP1 et de gliflozines
Expert 53	Préciser qu'en cas de recherche de perte de poids, l'aGLP1 ou Gliflozines sont à favoriser

Expert 56	Préciser que c'est dans le cas de patients sans insuffisance cardiaque chronique, ni maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie, ni néphropathie diabétique et ni à haut risque cardio-vasculaire
Expert 57	je ne positionnerais pas les sulfamides au même niveau que les 3 précédents compte tenu du risque d'hypoglycémies
Expert 58	il est dommage que cette proposition n'ait pas été hiérarchisée dans sa présentation. En effet les DPP4i n'ont pas les mêmes bénéfices cliniques que les glifozines ou les aGLP1 => je ne les aurais pas mis en 1er mais classé dans "autres alternatives"
Expert 60	je mettrais les glifozines et les aGLP1 en premier lieu avant les DPP4i si la survenue d'hypoglycémies est une situation préoccupante les glifozines, aGLP1 et DPP4i sont des alternatives plus valables que les inhibiteurs des alphagucosidases dont l'effet métabolique est très modeste cette classe thérapeutique n'apparaît dans aucune recommandation nationale ou internationale repaglinide "si prise alimentaire irrégulière" mais cela n'est pas propre au repaglinide et s'applique aux trois autres classes citées au dessus
Expert 62	le cas échéant = moins recommandées

Bithérapie, selon le statut cardiovasculaire et rénal initial du patient

Proposition 63

R.63 En ajout de la recherche de l'équilibre glycémique, et même à sa normalisation ou valeur constante HbA1C, la PEC médicamenteuse doit tenir compte des autres aspects associés des molécules tant pour la prévention et la gestion d'événements cliniques cardiovasculaires et/ou rénaux et que pour l'impact sur le poids. (grade C)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.46

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	2	0	3	6	48	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.28	96.72

Expert	Commentaires
Expert 1	La prévention des complications cardiovasculaires et rénales doit être prioritaire sur le contrôle de la glycémie comme cela est aujourd'hui proposé par les recommandations européennes et nord américaines.
Expert 4	Pas très
Expert 8	remplacer "sa normalisation ou valeur constante HbA1C" par "la normalisation ou la stabilisation de l'HbA1C"
Expert 20	La tournure de phrase est très alambiquée et peu claire
Expert 32	Formulation à revoir +++ De plus, il me semble que la prise en compte du statut CV et rénal impacte autant la monothérapie (cf avis R.61) et la trithérapie que la bithérapie. Je ferai donc remonter R.63 et R.64 plus haut, avec R.57 pour éviter les répétitions et simplifier l'ensemble.

Expert 39	corriger: ajouter : "valeur constante d'HbA1c " et pas "valeur constante HbA1c"
Expert 52	quid des enjeux pondéraux et de la NASH totalement scotomisés, meme si il n'y a pas eu d'essai clinique spécifique , ces enjeux doivent etre intégrés et ne sont pas négligeables
Expert 55	je crois que ça a déjà été dit
Expert 57	l'atteinte hépatique (NAFLD) peut aussi rentrer dans la décision. Un patient avec une fibrose hépatique avancée pourrait plus bénéficier d'un aGLP1
Expert 73	Voir les référentiels SFD https://www.sfdiabete.org/recommandations/referentiels

Proposition 64

R.64 L'évaluation du statut cardiovasculaire et de la fonction rénale est un préalable essentiel à la bithérapie selon les modalités décrites dans les recommandations de bonne pratique en cours et doit être réévaluée régulièrement ou à chaque modification de facteur de risque (ex : âge, etc') (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.61

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	1	1	8	51	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.59	98.41

Expert	Commentaires
Expert 1	Ce n'est pas tant la fonction rénale que la présence d'une néphropathie qui doit être recherchée. Un DFG normal avec un rapport albumine/créatinine (RAC) urinaire élevé qualifie pour une prise en charge du risque rénal. Je propose de remplacer "fonction rénale" par "atteinte rénale ou néphropathie" et d'insister sur le fait que l'évaluation de l'atteinte rénale combine mesure du DFG et mesure du RAC
Expert 4	Oui, bien sûr, mais c'est aussi un préalable à la monothérapie
Expert 7	systématique plus qu'un préalable essentiel (score calcique et FEVG)
Expert 32	cf commentaire précédent. Formulation, il s'agit plutôt du "statut" rénal et pas seulement de la fonction.
Expert 51	ainsi que l'IMC
Expert 52	cf commentaires 63 et précédents sur l'omission des autres complications dépendant du déséquilibre glycémique chronique qui ne peuvent pas être testés ^par des essais cliniques sur 5 années

Bithérapie , en prévention secondaire

En présence d'insuffisance cardiaque chronique ou d'une maladie cardiovasculaire artérioscléreuse établie

Proposition 65

R.65 La présence d'un antécédent de maladie cardiovasculaire doit faire envisager et idéalement proposer un traitement par gliflozine ou agonistes du récepteur au GLP1, indépendamment de l'HbA1c et d'un traitement par metformine. (grade A)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.66

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	1	8	47	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.72	98.28

Expert	Commentaires
Expert 4	La présence d'un antécédent de maladie cardiovasculaire ou d'un très haut risque cardiovasculaire
Expert 5	Une précision me semble indispensable. Le titre du paragraphe est : Bithérapie en prévention secondaire et le sous-titre : En présence d'une insuffisance cardiaque chronique ou d'une maladie cardiovasculaire artérioscléreuse établie. Dans ce sous-titre il faut ajouter ou d'une maladie rénale chronique. Les patients ayant une maladie rénale chronique sont à haut risque cardiovasculaire. Si on ne le précise pas, le lecteur peut l'oublier et en l'absence d'une insuffisance cardiaque chronique ou d'une maladie cardiovasculaire artérioscléreuse établie alors qu'il existe une maladie rénale chronique la prescription de gliflozine pourrait être omise.
Expert 8	je suggère de remplacer "artérioscléreuse" par "athéroscléreuse" et "agonistes du récepteur au GLP-1" par "analogues du GLP-1" (y compris dans les recos suivantes)
Expert 9	en tenant compte de leurs effets secondaires et en les indiquant au patient
Expert 20	Le terme 'maladie cardiovasculaire' est trop flou (maladie athéromateuse avérée ?)

	On s'exonère ici du traitement par metformine, or toutes les études de sécurité cardiovasculaire ont été réalisées chez des patients traités au préalable par metformine dans 75 à 80% des cas
Expert 26	quid du patient en prévention primaire à haut risque CV ? Mais c'est abordé plus bas !
Expert 32	Dans le titre du chapitre, préciser : prévention CV secondaire Sous-titre : "d'une insuffisance cardiaque (supprimer chronique)" NB : je suis un peu surpris de débiter par ces contextes de prévention secondaire ou insuf cardiaque ou MRC qui font ensuite l'objet de situations particulières. A revoir pour limiter les répétitions et améliorer la lisibilité de l'ensemble. +++ R.65 : uniformiser l'intitulé "maladie CV athéro/artérioscléreuse établie", "indépendamment du taux d'HbA1c et d'un traitement associé par metformine " La formulation "doit faire envisager et idéalement proposer" est un peu lourde. A simplifier ?
Expert 36	On devrait parler des agonistes du récepteur du GLP1 plutôt que les récepteurs au GLP1 ("du" remplace "au")
Expert 39	ou "agoniste" au singulier
Expert 40	hors AMM hors remboursement...
Expert 52	il est trop réductionniste de mettre sur le même plan agonistes du glp1 et gliflozines le profil du bénéfice diffère: détailler les principes des options
Expert 60	il ne faut pas perdre de vue les effets diabétologiques de la metformine et le % élevés de patients sous metformine dans les études de sécurité cardiovasculaires on pourrait proposer chez ces patients une bi thérapie d'emblée
Expert 64	bithérapie d'emblée
Expert 65	Je préférerais: La présence d'une maladie cardiovasculaire ...

Proposition 66

R.66 La présence d'une insuffisance cardiaque malgré un traitement standard optimal de l'insuffisance cardiaque doit faire envisager et idéalement proposer un traitement par gliflozine, en association avec la MET, et dès que la dose maximale tolérée de la MET est acquise et, indépendamment de la valeur HbA1c (grade A)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	2	0	1	3	4	3	6	36	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.34	89.66

Expert	Commentaires
Expert 1	La présence d'une insuffisance cardiaque est une indication formelle de prescription de gliflozine en association aux autres classes thérapeutiques recommandées chez tous les patients quelque soit la dose de metformine et indépendamment de la valeur d'HbA1c
Expert 4	A ce jour, dans toutes les recommandations de l'insuffisance cardiaque qu'elle soit aiguë ou chronique recommandent de commencer par une quadruple thérapie comprenant les iSGLT2. Il n'est donc pas du tout exact de marquer "malgré un traitement standard optimal de l'insuffisance cardiaque" puisque les iSGLT2 font partie du traitement standard. Ce n'est pas idéalement proposer un traitement par gliflozine mais "impérativement" proposer. Ce n'est pas "dès que la dose maximale tolérée de la MET est acquise" mais au plus tôt puisque les iSGLT2 sont à la base du traitement de l'insuffisance cardiaque ! Il me paraît impératif de préciser que ceci est valable aussi bien pour l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite que pour l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée. European Heart Journal (2023) 00, 1, 98
Expert 8	ajouter "de l'" avant HbA1c
Expert 9	en tenant compte de leurs effets secondaires et en les indiquant au patient
Expert 17	en cas d'IC les gliflozines font déjà partie du traitement ! => dire si pas déjà prescrites et en accord avec le cardiologue
Expert 20	Ici on demande une association à la MET : ce n'est pas du tout cohérent avec l'avis précédent
Expert 30	je rajouterai "en association avec la metformine si possible"

Expert 32	Avis important mais revoir formulation +++ : - pas licite de dire "malgré un traitement standard optimal" car les iSGLT2 font désormais partie du traitement de référence de l'IC : "la présence d'une insuffisance cardiaque doit.." Eventuellement rajouter en association aux autres traitements recommandés dans la PEC de l'insuffisance cardiaque". - par ailleurs, "dès que la dose maximale de MET est acquise" doit être retiré. On n'attend pas dans ce contexte de titrer la metformine pour introduire un iSGLT2 !
Expert 40	qu'en est il de la prise en compte des CI de la MET dans ce cas précis l'insuffisance cardiaque ?
Expert 45	je ne comprends pas pourquoi il faut que la dose maximale toléré de Metformine soit atteinte, si l'HbA1c est < 6,5% sous Metformine petite dose par exemple, il semble licite de prescrire une gliflozine en cas d'insuffisance cardiaque sans augmenter au maximum la Metformine ?
Expert 50	Début de phrase pas clair, l'insuffisance cardiaque étant une pathologie chronique, sa présence demeure malgré un traitement médical. De plus, les Gliflozines sont indiquées en première intention dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque du patient, diabétique ou non. La titration de la metformine ne doit pas faire retarder l'initiation de la gliflozine
Expert 52	la présence de metformine n'est pas ici une condition requise, l'enjeu est ici en premier lieu la cardio protection se reporter aux essais cliniques gliflozine en population générale
Expert 55	précisons que c'est déjà une recommandation A dans l'insuffisance cardiaque avec ou sans diabète
Expert 56	Vrai même si le traitement de l'insuffisance cardiaque n'est pas encore optimal ! Et pas besoin d'attendre que la dose maximale tolérée de la MET soit atteinte !
Expert 57	en l'absence de CI cardiaque à la metformine (insuffisance cardiaque instable ou FEVG très altérée)
Expert 60	les gliflozines font actuellement partie du traitement optimal de l'insuffisance cardiaque actuellement indépendamment de la présence de diabète
Expert 61	compliquée car officiellement, il me semble que la met est contre indiquée en cas d'insuffisance cardiaque non stabilisée, ce n'est pas évoquée dc peut être pas la dose max tolérée mais la dose max jugée acceptable du fait de l'ins cardiaque
Expert 64	d'emblée indépendamment de la dose de metformine iSGLT2 pour traiter l'insuffisance cardiaque
Expert 65	- La présence d'une insuffisance cardiaque malgré un traitement standard optimal de l'insuffisance cardiaque: mal formulé. En fait ces propositions thérapeutiques viennent en sus du traitement standard optimal de l'insuffisance cardiaque - "la dose maximale tolérée de la MET est acquise": en fait en règle 2 grammes est aussi efficace que 3 grammes. Et ajouter qu'il faut tenir compte du DFG

Proposition 67

R.67 La présence d'une maladie rénale chronique malgré un traitement standard optimal de la maladie rénale doit faire envisager et idéalement proposer une gliflozine (grade A), en association avec la MET, dès que la dose maximale tolérée de la MET est acquise et, indépendamment de la valeur HbA1c. (grade A)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.71

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	2	1	3	3	4	6	36	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	10.34	89.66

Expert	Commentaires
Expert 1	La présence d'une maladie rénale chronique est une indication formelle de prescription de gliflozine en association aux autres classes thérapeutiques recommandées quelque soit la dose de metformine et indépendamment de la valeur d'HbA1c
Expert 4	Comme pour le coeur, à ce jour et selon le KDIGO, la base du traitement de la maladie rénale chronique doit comprendre un iSGLT2. La formulation "La présence d'une maladie rénale chronique malgré un traitement standard optimal " puisque la gliflozine doit faire partie de ce traitement et à nouveau, ce n'est certainement pas "dès que la dose maximale tolérée de la MET est acquise" mais d'emblée. JE ne vois vraiment pas le lien avec la Metformine.
Expert 5	Ici c'est précisé mais pas dans le sous-titre des recommandations, la maladie rénale chronique peut exister en l'absence d'insuffisance cardiaque chronique ou de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse établie
Expert 6	selon le ratio albuminurie/créatininurie
Expert 8	ajouter "de l'" avant HbA1c
Expert 9	en tenant compte de leurs effets secondaires et en les indiquant au patient
Expert 10	La place des IEC et sartan n'est pas du tout évoquée ou est sous entendue dans le "traitement standard optimal" Je trouve que cela pourrait être rappelé, tel que noté dans l'argumentaire.
Expert 18	SOUS RESERVE QUE LA CLEARANCE DE LA CREATININE NE SOIT PAS INFÉRIEURE A 30ML/MN EN CAS DE TRAITEMENT PAR LA met

Expert 20	Ici on demande une association à la MET : ce n'est pas du tout cohérent avec l'avis 65 Par ailleurs il faut préciser ce qu'est une maladie rénale chronique (plus haut on parlait, à tort, de néphropathie diabétique)
Expert 30	je rajouterai "en association avec la metformine si possible"
Expert 32	Avis important mais revoir formulation +++ : - "MRC non contrôlée par un traitement bloqueur du système rénine-angiotensine- aldostérone à posologie maximale tolérée". - par ailleurs, "dès que la dose maximale de MET est acquise" doit être retiré. On n'attend pas dans ce contexte de titrer la metformine pour introduire un iSGLT2 !
Expert 40	toujours problème du périmètre de l'AMM qu'entend on par dose maximale tolérée de la MET, ne faut il pas parler aussi de la dose maximale ajustée à la fonction rénale ?
Expert 45	idem commentaire proposition 66
Expert 50	Préciser que la metformine est contre indiquée si dfg < 30.
Expert 52	la présence de metformine n'est pas ici une condition requise, l'enjeu est ici en premier lieu la nephro protection se reporter aux essais cliniques gliflozine en population générale chez un malade DT2 équilibré en IRC protéinurique cette reco de bithérapie obligatoire génère un risque inutile si la gliflozine seule est suffisante pour maintenir l'équilibre glycémique cf essais de nephroprotection par gliflozine en pop générale le GT a t il la preuve que cette option ne fonctionnerait pas l'absence de preuve par un essai spécifique vaut elle la preuve de l'absence de bénéfice
Expert 55	idem que précédemment (insuff rénale chronique et gliflozine)
Expert 56	Idem, Vrai même si le traitement de la maladie rénale n'est pas encore optimal ! Et pareil pour la dose de MET
Expert 57	idem précédente question; la dose maximale tolérée de MET peut prêter à confusion entre la tolérance digestive et l'adaptation de la posologie de la MET à la fonction rénale. Je pense qu'il faut clarifier cela pour que la notion d'adaptation de la MET au DFG soit clairement mentionnée dans cette situation
Expert 61	de la même façon, la met est rapidement limitée en cas d'ins rénale dc peut être pas la dose max tolérée mais la dose max jugée acceptable du fait de l'ins rénale
Expert 62	Définir ce que l'on entend par maladie rénale chronique
Expert 64	même remarque biothérapie d'emblée
Expert 65	mêmes remarques qu'à la proposition 66
Expert 73	Voir référentiel SFD " Quand et comment utiliser les inhibiteurs de SGLT2 ou gliflozines en pratique clinique ? Néphrologie & Thérapeutique / 251 Volume 19 ; Numéro 4 ; Août 2023"

Proposition 68

R.68 Malgré l'absence de données directes sur cette population, la microalbumurie pathologique prédisposant à la fois à une insuffisance rénale chronique et à un risque CV accru, la prescription d'une gliflozine, indépendamment de l'HbA1c, peut être envisagée chez les patients avec néphropathie débutante, en association avec MET (grade C)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.26

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	3	6	12	35	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.72	98.28

Expert	Commentaires
Expert 1	Il serait peut être plus exact de proposer les valeurs du rapport albumine/créatinine urinaire qualifiant pour la prescription de gliflozine et d'ajouter qu'en cas de microalbuminurie < seuil le traitement peut être proposé
Expert 2	peut être préciser après introduction si possible des >IEC ou des ARA2
Expert 8	corriger le terme : microalbumurie
Expert 9	en tenant compte de leurs effets secondaires et en les indiquant au patient
Expert 10	spécifier microalbuminurie patho malgré le traitement standard et en ajout à celui-ci (IEC/sartan) à la dose maximale tolérée Telle que cette reco est écrite, on met directement une gliflozine sans passer par le traitement IEC/sartan. Est ce bien cela qui est recommandé ?
Expert 19	microalbuminurie pathologique n'est pas très heureux comme terme. Préférer, plus en accord avec les recos internationales (KDIGO 2023) albuminurie > 30 mg/g de créatinine urinaire (RAC).
Expert 30	je rajouterai "en association avec la metformine si possible" car sinon, il y aura perte de chance pour ceux qui ne peuvent bénéficier de la metformine
Expert 32	Je suis plutôt d'accord avec cet avis malgré l'absence de données issues d'études de type RCT dans cette population spécifique mais formulation à revoir.
Expert 40	toujours problème de l'AMM
Expert 42	Coquille dans le texte : "microalbuminurie" doit remplacer "microalbumurie"
Expert 45	associé à un un IEC / ARA 2

Expert 50	La plupart des nouvelles recommandations mentionnent le rapport albuminurie sur créatininurie comme un marqueur précoce de l'atteinte rénale
Expert 52	oui probablement mais si 68 est accepté mon commentaire 67 doit être pris en compte....
Expert 53	corriger: microalbuminurie à la place de microalbuminurie
Expert 60	et après un traitement standard optimal il ne faut pas perdre de vue que dans toutes les études ayant démontré les bénéfices des glifozines sur la progression de la MRC, même au stade de micro-albuminurie les patients étaient sous IEC/ARA2
Expert 65	spécifier microalbuminurie confirmée
Expert 74	microalbuminurie : à corriger

Proposition 69

R.69 A l'initiation du traitement avec une gliflozine, il est recommandé d'évaluer le risque d'acidocétoses diabétiques (ex : récurrence d'épisode, maladie intercurrente, régime très faible en glucides ou cétoène) en raison du risque de complications associées aux gliflozines (grade C).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.14

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	5	2	6	7	37	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.72	98.28

Expert	Commentaires
Expert 2	ajouter qu'il faut éduquer le patient aux situations à risque d'acido cétose
Expert 7	éducation à repérer la cétonurie si plus accessible et économique que la cétonémie car le risque est prospectif et difficile à quantifier / évaluation rétrospective chez le patient diabétique de type II
Expert 8	il faudrait ajouter également une vigilance quant au risque infectieux chez le sujet ayant tendance aux infections urinaires
Expert 17	ajouter le jeûne avant une chir et recommander l'arrêt 48 h avant !
Expert 20	Plus que d'évaluer, il s'agit d'informer et d'éduquer le patient
Expert 30	faut-il doser le peptide C? comment sécuriser cette prescription sans bilan métabolique complet ?
Expert 31	charabia incompréhensible
Expert 32	Préciser et revoir formulation. - insister sur l'identification des situations d'insulinopénie (pancréatites, absence de surpoids et/ou amaigrissement spontanée, diabète de type 1 lent) - antécédent d'épisodes de cétose ou acido-cétose (plutôt que "récurrence d'épisode", trop imprécis) - acidocétose diabétique au singulier - "du risque de cétoenèse favorisé par l'utilisation des gliflozines"
Expert 37	surtout chez les patients suspects d'insulino-requérance
Expert 40	non fait en pratique, comment mieux sensibiliser les prescripteurs potentiels (médecins traitants, cardiologues, néphrologues ...) à cette recommandation ?

Expert 44	Le groupe de travail a-t-il discuté des informations à donner au patient? On pourrait imaginer une remarque: "Ces patients doivent être informés des signes cliniques d'alerte (nausées, vomissement, douleurs abdominales) et peuvent faire l'objet d'une prescription de recherche d'acétone (sanguine ou urinaire)."
Expert 51	et de proposer une séance d'information sur les conditions sécuritaires au traitement
Expert 52	il est difficile à prédire... quid notion de diabète de type 1 lent ou de DT2 avec dysfonction beta prépondérante ? quid notion de corticothérapie intercurrente?
Expert 60	je préciserai risque d'acidocétoses euglycémiques puisque c'est la particularité de cette classe thérapeutique et j'ajouterai (insulinosécrétion résiduelle)
Expert 61	quel genre de maladies intercurrentes ? comment l'évaluer ? à écrire comme recommandations?
Expert 62	Oui, mais événement rare et pas une priorité d'emblée (il y en a d'autres !)
Expert 64	risque mineur cependant qui ne justifie pas de surveillance de la acétonémie préciser acidocétose euglycémique
Expert 65	risque d'acidocétose diabétique : supprimer diabétique. Prudence aussi en cas de mycoses vaginales récidivantes.

Proposition 70

R.70 La prescription des SULF en bithérapie en association avec MET n'est plus la stratégie préférentielle recommandée en raison des risques d'hypoglycémies sévères et de l'existence de molécules ayant des effets bénéfiques clairement démontrés sur les complications cardiovasculaires et rénales (grade AE).

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	1	1	4	49	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.75	98.25

Expert	Commentaires
Expert 1	Et en raison d'un rapport bénéfice risque des SULF défavorable sur les événements cardiovasculaires
Expert 8	mettre SULF en toutes lettres y ajouter l'argument de la durabilité ?
Expert 17	ajouter la prise de poids
Expert 32	Formulation à revoir +++ "du risque d'hypoglycémie, en particulier d'hypoglycémie sévère, et de l'absence de bénéfice démontré sur le plan CV et rénal." Rajouter également les glinides ?
Expert 39	Merci !
Expert 51	je pense que la possibilité d'une décision médicale sur ce choix est à maintenir dans des situations particulières (AME, absence de couverture sociale suffisante, territoires reculés (DOM TOM)).

Bithérapie , en prévention primaire

En prévention primaire chez le patient à haut risque cardiovasculaire

Proposition 71

R.71 Avec un moins fort niveau de preuve (extrapolation plus importante), en association avec la MET (à dose maximale tolérée et sauf CI), l'ajout d'une gliflozine ou d'un agoniste du récepteur au GLP1 peut être recommandé chez les patients en prévention primaire à haut niveau de risque cardiovasculaire (grade B).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.27

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	3	1	4	12	36	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.75	98.25

Expert	Commentaires
Expert 4	Certaines études, que ce soit pour les iSGLT2 ou pour les analogues du GLP1 ne comprenaient pas que des patients en prévention secondaire mais aussi des patients en prévention primaire à haut ou très haut risque. Cette formulation ne me semble donc pas exacte. Par exemple population de l'étude REWIND avec le dulaglutide : Men and women (aged $\geq$ 50 years) with established or newly detected type 2 diabetes whose HbA1c was $\geq$ 9.5% or less (with no lower limit) on stable doses of up to two oral glucose-lowering drugs with or without basal insulin therapy were eligible if their body-mass index (BMI) was at least 23 kg/m². Additionally, patients aged 50 years or older had to have vascular disease (ie, a previous myocardial infarction, ischaemic stroke, revascularisation, hospital admission for unstable angina, or imaging evidence of myocardial ischaemia); those aged 55 years or older had to have myocardial ischaemia, coronary, carotid, or lower extremity artery stenosis exceeding 50%, left ventricular hypertrophy, estimated glomerular filtration rate (eGFR) less than 60 mL/min per 1.73 m², or albuminuria; and those aged 60 years or older had to have at least two of tobacco use, dyslipidaemia, hypertension, or

	abdominal obesity. Population de l'étude DECLARE-TIMI 58 avec la Dapagliflozin : Eligible patients also had multiple risk factors for atherosclerotic cardiovascular disease or had established atherosclerotic cardiovascular disease (defined as clinically evident ischemic heart disease, ischemic cerebrovascular disease, or peripheral artery disease)
Expert 9	dose maximale tolérée : pas d'intérêt au delà de 2 grammes/ 24 h selon le revue Prescrire
Expert 17	j'ajouterai : préférence pour AR GLP1 si patient ischémique (prudence avec les gliflozines) préférence pour les gliflozines si IC
Expert 20	Comment définit on le haut niveau de RCV ?
Expert 32	Oui mais formulation encore très imparfaite ! - Extrapolation de quoi ??? Les 2 points importants sont : 1) niveau de preuve plus faible et 2) réduction plus faible en terme de risque absolu d'événement CV. - Il serait franchement plus simple de définir le haut risque CV (prévention secondaire et autres critères à définir) pour le traiter en une seule fois dans les population particulières. +++
Expert 36	récepteur du GLP1 (cf R65)
Expert 40	sous réserve de l'HbA1c (> 1% de la cible) et de l'IMC (> 30) dans l'AMM actuelle des analogues du GLP 1
Expert 44	la remarque "extrapolation plus importante" est à retirer, puisque l'on précise déjà que le niveau de preuve est moins fort
Expert 52	oui mais guider le choix entre les deux options selon obésité nash où les ag GLP1 apportent un plus versus gliflozine, qui elles seront mieux placées si risque néphropathie-insuf cardiaque
Expert 65	mêmes remarques que plus haut sur MET
Expert 74	haut niveau de risque cardiovasculaire : formulation qui laisse à penser que certains DT2 sont à bas niveau de risque alors que score 2 classe tous les DT2 en haut niveau. Formulation à clarifier/expliciter

Proposition 72

R.72 En association de la MET (à dose maximale tolérée et sauf CI), dès que la dose maximale tolérée de la MET est acquise et indépendamment de la valeur taux A1c, et sous couvert d'un suivi rétinien (en raison du risque de baisse rapide de I_{γ} HA1c), il est recommandé l'ajout de aGLP1 à dose antidiabétique, si présence obésité (IMC> ou égale à 30). (grade C).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.44

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	4	12	36	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	Il est possible que le lecteur s'interroge entre la proposition 72 et 73, Comment et pourquoi choisir entre l'ajout de aGLP1 à dose antidiabétique ou à dose anti-obésité ? Une précision me semble souhaitable
Expert 8	revoir formulation : de la valeur taux A1c que veut dire aGLP1 à dose antidiabétique car la plus faible dose d'analogue du GP-1 génère une insulinosécrétion ? je suggère de mettre "en débutant par la dose la plus faible"
Expert 9	même commentaire pour dose maximale
Expert 17	J'ajouterai (cf contexte actuel) : en cas de non disponibilité de ces molécules ...CAT
Expert 20	Donc l'obésité constitue une situation où l'on pourrait utiliser un AR GLP-1 en monothérapie en cas d'intolérance ou de contre-indication à la MET... (cf proposition 61 et 62)
Expert 29	Il y a un décalage avec les recommandations américaines sur la place des glifozines dans cette population, ce que je comprend bien vu la meilleure efficacité des aGLP1 sur la perte de poids. Cependant compte tenu de leur coût j'aurai laissé la possibilité de prescrire I-SGLT2 aussi dans cette indication, en précisant que les aGLP1 sont plus efficaces
Expert 32	Formulation à revoir +++ Pourquoi indépendamment du taux d'HbA1c ici puisqu'on ne parle plus de populations avec objectif prioritaire de protection d'organe ?
Expert 36	Ajouter l'unité de l'IMC (kg/m2)

Expert 39	manque un mot: valeur "du " taux d'HbA1c
Expert 42	Coquille dans le texte: "indépendamment de la valeur taux A1c" à remplacer par "indépendamment de l'HbA1c"
Expert 45	si présence d'une obésité (manque d'une) j'enlèverai "à dose antidiabétique" qui ne veut pas dire grand chose, l'efficacité est dose dépendante mais même une petite dose peut être efficace
Expert 50	Erreur orthographe valeur taux hba1c
Expert 52	cf commentaires multiples supra ou les options agGLP1 / gliflozines sont ouvertes sans aucune aide au choix
Expert 62	" et sous couvert d'un suivi rétinien (en raison du risque de baisse rapide de l'HbA1c) = ce commentaire fait référence aux données de l'étude SUSTAIN-6 avec le sémaglutide. En fait c'est vrai pour n'importe quelle intensification du traitement anti-hyperglycémiant. Je ne vois pas que ce soit nécessaire de laisser cette réserve uniquement ici car cela risque de freiner l'initiation d'un tel traitement alors qu'il pourrait s'avérer vraiment utile.
Expert 65	Nuancer: en disant que la baisse rapide de l'HbA1c devrait être évitée en raison du risque rétinien. Et mêmes remarques que plus haut sur MET

Proposition 73

R.73 La prescription des aGLP1 à des doses anti-obésité se fait selon les modalités décrites dans les recommandations de bonne pratique en cours. (grade C).

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.53

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	3	11	37	16

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	ajouter clairement les recommandations de bonne pratiques cliniques de prise en charge médicale de l'obésité
Expert 4	C'est quoi ces recommandations en cours ??
Expert 5	même remarque que pour 72
Expert 8	je suggère de retirer cette reco le terme antiobésité n'est pas approprié
Expert 9	indiquer la posologie car le lecteur n'ira probablement pas la rechercher ds la reco source
Expert 32	Préciser de quelles recos il s'agit.
Expert 40	pas d'expérience
Expert 45	idem à doses anti obésité, je ne trouve pas cette formulation claire on commence de toute façon à faible dose et on augmente selon la tolérance et l'efficacité
Expert 65	+ question du remboursement
Expert 73	Point d'attention sur les tensions(voire rupture) d'approvisionnement toujours en cours et désormais sur toutes les molécules de cette classe : sémaglutide, dulaglutide, liraglutide. Voir les dernières recommandations de l'ANSM : https://ansm.sante.fr/actualites/ozempic-semaglutide-un-medicament-a-utiliser-uniquement-dans-le-traitement-du-diabete-de-type-2 https://ansm.sante.fr/actualites/diabete-de-type-2-et-tensions-dapprovisionnement-conduite-a-tenir-pour-la-prescription-des-analogues-de-glp1

Proposition 74

R.74 La présence d'une stéatopathie ou d'une obésité sévère pourraient orienter préférentiellement vers un agoniste du récepteur au GLP1 (grade C).

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	0	0	2	11	40	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.85	98.15

Expert	Commentaires
Expert 8	retirer la situation d'obésité sévère car ils ont déjà été considérés pour un IMC > 30
Expert 9	pourquoi pourraient : orientent...(effet sur le poids des agonistes GLP1) et en tenant compte de leurs effets secondaires et en les indiquant au patient
Expert 32	"pourrait orienter" est un peu faible : "doit orienter vers l'utilisation préférentielle de..., en association à la metformine"
Expert 36	cf R65
Expert 37	semaglutide ou liraglutide en l'état actuel des données de la science
Expert 52	cf commentaires supra pour aider au choix quand les deux options sont "open" sans commentaire
Expert 56	Il n'est jamais fait mention de l'arrivée prochaine très probable des doubles agonistes GIP-GLP1, à la fois pour le DT2 et pour l'obésité ?
Expert 62	Pas de données comparatives directes avec les iSGLT2 qui ont également montré des effets favorables sur la MAFLD.
Expert 65	stéatose hépatique plutôt que stéatopathie

Bithérapie , en prévention primaire

En prévention primaire chez le patient à bas risque cardiovasculaire

Proposition 75

R.75 En l'absence d'indications préférentielles correspondantes, typiquement dans le cas d'un patient avec peu de facteurs de risque cardiovasculaires, en prévention cardiovasculaire primaire, sans cardiopathie ni néphropathie, la stratégie devrait pouvoir (grade AE).:

- Viser la plus faible iatrogénie (éviter les hypoglycémies et facteurs de prises de poids)
- Proposer, au choix du patient, comme traitement médicamenteux de première ligne entre metformine (ancienneté mais niveau de preuve non fort), gliflozine ou agoniste du récepteur au GLP1 (niveau de preuve fort dans les populations à haut risque mais extrapolé dans la situation à bas risque CV).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.27

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	4	2	1	0	3	2	7	15	23	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	12.28	87.72

Expert	Commentaires
Expert 4	Peut-être mentionner la prise en compte du prix du médicament ?
Expert 5	Il serait peut-être intéressant de mettre en annexe 4 (après l'annexe 3 sur la MRC) l'évaluation du risque cardiovasculaire en pratique clinique comme cela est fait pour le traitement de l'hypertension artérielle. Ainsi par exclusion, cela permet d'établir qu'un patient est à bas risque cardiovasculaire
Expert 7	si IMC < 25 : metformine + DPP4i ou metformine + gliflozine
Expert 8	peut-on encore considérer actuellement le sujet avec DT2 comme à bas RCV ?
Expert 9	la metformine a l'avantage de son ancienneté et de son innocuité+++

Expert 10	Donc on élimine définitivement les autres antidiabétiques comme la repaglinide ou les sulfamides en bithérapie. Je pense qu'il faut le préciser quelque part.
Expert 11	Il n'existe pas de données sur l'intérêt des iSGLT2 et aGLP1 sur la prévention primaire chez les patients diabétiques avec un risque cardio-vasculaire faible En ajoutant cette recommandation sans niveau de preuve, le praticien peut se demander pourquoi gliflozine ou agoniste du récepteur au GLP1 ne pourrait pas être prescrit en première intention pour tous. En effet, ces classes sont recommandées pour les patients en prévention secondaire, en prévention secondaire pour les patients à hauts risque et en prévention primaire pour les patients à bas risque. Malgré les précautions notées sur l'absence de preuve, cela peut entraîner des dérives de pratiques (et des coûts importants)
Expert 17	il n'y a pas de bas risque en cas de DT2, le niveau le plus faible est modéré (à remplacer dans le titre)
Expert 20	Aucun niveau de preuve pour gliflozine ou AR GLP-1 chez ces patients, a fortiori sans metformine ? Pourquoi exclure les inhibiteurs de la DPP4 ?
Expert 26	iDPP4 ? J'aurais mis "une incrétine" après gliflozine ou ...
Expert 29	Je trouve que l'on devrait réserver les gliflozines ou aGLP1 en première ligne qu'aux patients en surpoids significatifs (IMC > 27) voire obèses, pour des raisons de coût et de manque de données dans cette population à faible risque
Expert 32	Difficile de dire qu'un patient avec DT2 est à bas risque CV ! Les recommandations risquent d'être difficilement lisibles et applicables sans définition plus précise +++ Je ne comprends pas cet avis R.75. Nous sommes en bithérapie, donc normalement après introduction de metformine (ou autre molécule si CI/intolérance), donc le choix doit se faire entre iSGLT2, iDPP4, aGLP-1R et autres alternatives 'SH, glinides, acarbose). A revoir entièrement. Il faut donner des éléments d'orientation pour guider les choix, sinon aucun intérêt !
Expert 36	cf R65
Expert 37	la Metformine reste la 1ère ligne recommandée, il faut surtout positionner les inhibiteurs de la DPP4 en 2ème ligne chez ces patients
Expert 39	enlever après proposer la première virgule pour : "proposer au choix du patient" + après "première ligne" : enlever: "entre"
Expert 40	selon profil pondéral et niveau glycémique
Expert 41	Ce n'est pas clair pour le prescripteur, la metformine ne resterait plus le traitement de première intention? Il ne me semble pas que cela puisse se faire au choix du patient et il n'y a pas d'étude comparative bien menée

Expert 45	la Metformine ne doit elle pas rester le traitement de 1ère intention dans cette situation compte tenu de son faible coût et de son innocuité prouvée ?
Expert 52	cette reco vient en contradiction avec les bithérapies obligatoires pour accéder aux gliflozines et aux agGLP1
Expert 53	place des inhibiteurs des DPP4?
Expert 56	Que la chose soit bien claire : dans cette reco, vous envisagez que cela puisse être une bithérapie gliflozine/arGLP1, c'est bien ça ? Si oui, l'écrire plus clairement car c'est une révolution culturelle de ne pas inclure la MET dans cette bithérapie !
Expert 64	au vu du bénéfice pondéral supérieur, je mettrai plus GLP1 que gliflozine
Expert 65	le bas risque cardiovasculaire n'existe pas pour les diabétiques: remplacer par risque modéré. Choix possible aussi de iDPP4

Recommandation pour la recherche clinique

Proposition 76

R.76 Recommandation pour la recherche clinique:

Enfin, afin de pouvoir améliorer la prise en charge du traitement médicamenteux de 1ère intention, il apparaît nécessaire de recommander (grade AE). :

- la production de données scientifiques de haut niveau de preuve, c'est-à-dire via des études randomisées, permettant des comparaisons directes entre les 3 options metformine / gliflozines / agonistes du récepteur au GLP1, sur des critères cliniques, notamment en 1ère ligne / chez les personnes sans antécédent réno-cardiovasculaire
- le développement de bases de connaissances dynamiques (actualisation en temps réel, qualifié de mode « Living guidelines », selon les standards internationaux) incluant une approche de cumul des preuves pour guider la prise de décision en terme de besoin ou non d'étude clinique supplémentaire

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.12

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	1	3	1	3	15	37	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.84	95.16

Expert	Commentaires
Expert 2	je trouve que la précision des critères cliniques devrait être détaillé ici car sinon cette recommandation est assez molle et ouvre à n'importe quel RCT. si le GT pense oportun de réaliser de nouveau RCT (ce qui est tout à fait pertinent) alors il faut préciser les outcomes à évaluer.
Expert 8	pas du registre de la HAS
Expert 13	Il faut également rajouter des études de sciences humaines et sociales, avec des méthodes inductives par exemple, qui permettent de mieux comprendre le vécu avec la maladie, et d'étudier la qualité de vie.
Expert 17	j'ajouterai les études de qdv (prems et proms des anglo-saxons)
Expert 32	Cf commentaires précédents. A aborder en fin de recos.
Expert 55	oui pour la première assertion. La deuxième ne concerne pas le praticien
Expert 56	Illusoire de penser que vont être mis sur pied des RCT évaluant la MET avec ou sans les autres molécules

	! On aura au mieux de grandes études observationnelles avec score de propension sur de multiples paramètres et on en a déjà plusieurs très positives pour le MET montrant une association avec moins de troubles cognitifs, moins de déclin de la fonction rénale, avec une protection CV, avec moins de cancers, en particulier hépatiques...
Expert 58	La proposition n°1 (production de données ...) ne verra probablement pas le jour, car ce ne peut être qu'une recherche académique et avec un nombre de sujets à inclure très important et un suivi prolongé, donc des coûts très importants => il vaudrait mieux développer la seconde alternative
Expert 65	On peut ajouter besoin d'études testant la combinaison d'un iSGLT2 et d'un aGLP1 chez les patients ayant une pathologie cardio-vasculaire et/ou une néphropathie.

IV.3 En trithérapie et ou insulinothérapie

En trithérapie antidiabétique, hors insuline

Proposition 77

R.77 En l'absence de résultats sur les objectifs initiaux de la PEC en monothérapie sous MET ou en bithérapie avec MET (à dose maximale tolérée), il est recommandé de proposer une trithérapie. (grade C).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	2	0	3	10	40	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.51	96.49

Expert	Commentaires
Expert 9	ou chir métabolique si indiquée (en l'absence d'études sur les trithérapies ?)
Expert 32	Formulation à revoir +++ - En l'absence d'atteinte des objectifs de contrôle glycémique ? - Pourquoi reparle-t-on ici de monothérapie sous met ? A revoir totalement. Non compréhensible.
Expert 36	Cela veut-il dire que l'on passe d'une monothérapie de MET directement à une trithérapie ? Faut-il retirer la partie de phrase "...en monothérapie sous MET ou..." ?
Expert 56	Cela dépend de la bithérapie en "échec". Si c'est MET + iDDP4, changer de bithérapie pur MET + arGLP1 est une option pertinente Par ailleurs, vous voulez proposer de pouvoir passer d'une monothérapie sous MET insuffisante à une trithérapie directement ?
Expert 60	après réévaluation de l'intérêt de la bithérapie initiale afin d'éviter l'empilement médicamenteux et je distinguerais en fonction du profil du patient : - bithérapie en échec chez un patient indemne de complication : envisager le changement de bithérapie si nécessaire ou passer à une trithérapie

	-bithérapie chez un patient atteint de MRC ou CV ajout d'une trithérapie
Expert 62	Oui mais tout dépend du profil du paient et des objectifs fixés.
Expert 65	en vérifiant ou renforçant les mesures lifestyle

Proposition 78

R.78 En trithérapie, les schémas thérapeutiques suivants peuvent être proposés (grade C).:
Gliflozines ou aGLP1 si ces molécules ne sont pas déjà incluses dans la PEC,
DPP4i
Sulfamide hypoglycémiant en surveillant la prise de poids et la survenue d'hypoglycémies.
Répaglinide (demi-vie courte) et en raison sa « non CI » en cas de maladie rénale ;
Inhibiteurs des alphaglucosidases si la survenue d'hypoglycémies est une situation préoccupante.

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.06

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	2	4	1	2	1	4	15	20	16

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	19.23	80.77

Expert	Commentaires
Expert 1	L'association Gliflozines et aGLP1 devrait être proposée en plus de la metformine avec un grade C compte tenu des pratiques et des données d'étude observationnelles. Cette association n'a pas moins de niveau de preuve que les sulfamides, les DPP4i, et autres classes citées dans cette reco
Expert 8	ajouter "de" avant "sa « non CI »" d'une façon générale éviter les acronymes dans les recos
Expert 9	pas d'accord sur les gliptines de mauvais rapport bénéfices/risques
Expert 11	Est-ce que l'ordre proposé correspond à l'ordre "préférentiel" de prescription ?
Expert 17	rappeler ici de ne pas cumuler molécules de la même classe par ex . iDPP4 et GLP 1; se méfier des associations glp-1 et gliflozines en même temps non remboursées
Expert 20	Les schémas thérapeutiques ne sont pas détaillés Les inhibiteurs des alphaglucohydrolases sont peu efficaces, mal tolérés, et ne sont pas les seuls à ne pas donner d'hypoglycémies... Quid de l'association gliflozine + AR GLP-1 ?? A préciser Où est la metformine ?
Expert 25	est-il nécessaire de parler encore des Inhibiteurs des alphaglucohydrolases ?

Expert 30	rajouter des Inhibiteurs des alphasglucosidases alors que nous sommes sur une 3eme ligne thérapeutique n'a pas de sens aux vues de son efficacité. Je ne la mettrais pas ici.
Expert 32	Pas de proposition de schémas de trithérapie ici. Il s'agit simplement de la liste des traitements susceptibles d'être associés. Donc, aucun intérêt pour guider le choix des prescripteurs ! A revoir totalement.
Expert 36	- Cela signifie-t-il que la MET est exclue de la trithérapie ? - DPP4i=>iDPP4
Expert 37	retirer des options les inhibiteurs des alphasglucosidases, qui ne sont plus considérés comme des anti-diabétiques (baisse HbA1c inférieure à 0,5%)
Expert 39	Enlever le "s" à "Glifozines": pas d'association de la même classe thérapeutique Corriger préférentiellement pour "inclues" à la place de "incluses"
Expert 42	Peut être préciser que la trithérapie inclut la metformine ? La formulation présente pourrait faire entendre que la metformine n'est pas comprise dans la trithérapie
Expert 50	Preciser dans quelles conditions choisir tel médicament plutôt qu'un autre (ex dpp4 possible seulement si pas aGLP1; si IRC avec dfg..
Expert 52	la demi vie courte du repaglinide n'est pas un argument (prouver via data snds une moindre incidence d'hypoglycémies hospitalisées versus sulf classiques) en revanche la non CI en cas d'IRC est parfois intéressante
Expert 53	Inhibiteurs des alphasglucosidases si la survenue d'hypoglycémies est une situation préoccupante. Je ne comprends pas cette indication. En dehors de SU, des glinides et de l'insuline les autres molécules ne provoquent pas non plus d'hypoglycémie... De plus les inhibiteurs des alpha glucosidases ont souvent une mauvaise tolérance digestive d'autant plus qu'ils sont associés à la metformine
Expert 56	Les trithérapies possibles ne sont pas suffisamment claires Rappeler, ici, que certaines molécules ne doivent pas être associées Pas clair si, selon ce qui est écrit, on peut associer gliflozine et arGLP1 (il est écrit "ou"), ce qui serait en totale contradiction avec la proposition 75 si je l'ai bien comprise !
Expert 57	DPP4i en l'absence d'aGLP1 déjà inclus dans la PEC
Expert 60	pareil en ce qui concerne les inhibiteurs des alphasglucosidase dont l'effet métabolique reste très modeste il ya d'autres molécules en cas de survenue préoccupante d'hypoglycémies que cette classe thérapeutique
Expert 62	A mon sens, les inhibiteurs des alpha-glucosidases ont peu d'intérêt en trithérapie : faible efficacité et risque de retarder le passage à un traitement plus efficace (comme l'ajout d'une insuline ?)
Expert 64	évoquer l'association GLP-1 et iSGLT2!!!
Expert 65	pas de DPP4i si le patient est déjà sous aGLP1 et inversement
Expert 74	attention à ne pas valider une association sulfamides /répaglinide

Proposition 79

R.79 Dans le cas d'une stratégie incluant un antidiabétique par voie injectable, il peut être recommander de s'assurer de l'avis, le cas échéant, d'un spécialiste EDN (endocrinologue diabétologue nutritionniste) (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.45

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	4	1	2	3	2	2	3	9	35	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	16.39	83.61

Expert	Commentaires
Expert 1	L'avis d'un diabétologue est à mon avis indispensable si prévention secondaire et/ou très haut risque et/ou diabète difficile à équilibrer avec une bithérapie
Expert 4	Je ne comprends pas du tout l'intérêt et pourtant je suis EDN !
Expert 7	la prescription initiale des aGLP1 devraient être réservée aux EDN (c'est déjà un diabète réfractaire aux premières molécules ainsi qu'aux modifications du mode de vie)
Expert 8	reco pas vraiment utile ni justifiée modifier "recommander" en "recommandé" si reco conservée
Expert 9	pas besoin d'un diabétologue pour prescrire un analogue GLP1 !
Expert 17	et du patient !
Expert 29	Tout à fait d'accord, la tournure n'est pas assez incitative "Il est recommandé" me paraît préférable D'ailleurs il y a une faute de conjugaison à "recommander"
Expert 30	Il me paraît tardif de faire apparaître le spécialiste EDN à ce stade. Construire un circuit patient / arbre décisionnel qui permette un avis d'expert plus précoce.... car le patient perd du temps
Expert 32	Oui, mais Supprimer "le cas échéant" !
Expert 37	hors insuline, l'avis du spécialiste n'est pas indispensable, notamment en raison de la démographie médicale actuelle, sous réserve d'une bonne information du patient par le médecin généraliste
Expert 45	recommandé (pas recommander)

Expert 50	Dans toutes les mentions précédentes, l'utilisation de analogue de GLP1 ne nécessitait pas d'avis endocrinologique pourquoi l'avoir mentionné à cet endroit ?
Expert 51	y compris en téléexpertise
Expert 52	il faut circonscrire la demande d'avis à l'insulinothérapie la prescription et l'acceptation des agonistes GLP1 est simple
Expert 53	il peut être recommander de s'assurer de l'avis, le cas échéant, d'un spécialiste EDN (endocrinologue diabétologue nutritionniste): cette phrase n'est pas clair et n'incite pas à solliciter l'avis du spécialiste EDN.
Expert 57	il est recommandé de s'assurer de s'assurer de l'avis, le cas échéant, d'un spécialiste EDN
Expert 58	c'est en effet mieux
Expert 60	les GLP1a sont des molécules injectables et étant donné leur facilité de prescription, cette dernière peut se faire sans passer par un spécialiste EDN
Expert 65	anti-hyperglycémiant plutôt que antidiabétique
Expert 74	il est impossible de référer tous les DT2 sous injectable : les ressources sont largement insuffisantes

Proposition 80

R.80 Selon la situation du patient et ses préférences, un traitement par voie orale peut être privilégié au traitement injectable (grade AE).

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.51

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	4	2	0	1	3	3	4	8	34	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	11.86	88.14

Expert	Commentaires
Expert 2	il faut évidemment discuter des préférences du patients néanmoins il faut expliquer les benefices/ risques de toutes les mmolécules qui peuvent plutôt justifier d'une solution injectable qu'orale. à préciser dans cette reco AE
Expert 4	Je ne comprends pas du tout l'intérêt de cette recommandation. DE toute façon, toute décision thérapeutique doit se prendre avec le patient, donc cette recommandation ne sert à rien !
Expert 8	pas utile car déjà intégré dans le chapitre généralités dans la pec
Expert 30	Cela ne veut rien dire. Nous avons déjà dit plus haut que le choix du patient est toujours pris en compte. R80 n'ajoute rien et laisse à penser que l'injectable est dangereux.... hors la question du refus du patient n'apparaît pas quand le GLP1 est évoqué. Pourtant c'est une anti diabétique injectable. Attention a ne pas mettre a part l'insuline dans l'arsenal thérapeutique.
Expert 32	Formulation de peu d'intérêt car déjà évoqué dans la partie générale et doit être pondéré par le contexte clinique.
Expert 46	préférences du patient
Expert 51	Après séances individuelles d'ETP ciblées sur cet aspect
Expert 53	ce n'est pas clair. Cela sous entend : "même si efficacité moins bonne et donc au pris d'un objectif qui ne sera pas atteint que ce soit au niveau des objectifs glycémiques ou de l'impact sur les complications et le poids"?
Expert 55	je ne vois pas ce que cette proposition apporte
Expert 58	Pas toujours, notamment si le patient est obèse où les analogues du GLP1 auront un avantage pour perdre du poids et réduire une éventuelle stéato-hépatite

Expert 60	les GLP1a sont des traitements injectables si injectables = insuline alors il faut le préciser
Expert 62	Oui, plus facile et moins cher, sauf si indication préférentielle d'un agoniste des récepteurs du GLP-1

Proposition 81

R.81 Il n'a pas lieu d'associer GLP1 et IDPP4, association pour laquelle il n'a pas été rapporté de bénéfice particulier, ni d'associer de molécule de même mécanisme d'action. (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.62

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	1	1	3	48	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.64	96.36

Expert	Commentaires
Expert 6	deux molécules de même mécanisme d'action et non de
Expert 8	d'accord avec cela mais à supprimer ou intégrer dans reco 54 car redondant
Expert 32	OK mais déjà précisé en R.54. Supprimer cet avis et apporter la précision sur iDPP4 et aGLP-1R dans R.54.
Expert 39	Merci!
Expert 41	Il y a déjà une recommandation plus haut sur la non association de molécules de même mécanisme d'action
Expert 51	il n'y a pas lieu voir en cas d'effets secondaires aux GLP1 avant le dose de 1,8 nécessaire et malgré une introduction progressive.
Expert 56	Les citer précisément

Proposition 82

R.82 En absence d'étude ad hoc, la quadrithérapie ne se justifie pas en général. (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.83

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	0	3	4	6	12	25	18

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.85	96.15

Expert	Commentaires
Expert 7	selon avis EDN
Expert 8	reco utile ?
Expert 9	le "en général" est de trop !
Expert 20	En pratique courante, au cas par cas, on peut tout à fait envisager dans certains cas une quadrithérapie ex MET, MET + ARGLP-1 + SU + INS basale + ARGLP-1 ou DPP4i + SU + INS basale, MET + SU + iSGLT2 + INS basale...
Expert 29	"Il est recommandé de s'assurer de l'avis, le cas échéant, d'un spécialiste EDN"
Expert 30	Difficile de dire qu'il n'y a pas d'étude et de donner un avis. Je mettrais que le recours à une quadrithérapie ne peut se faire qu'après avis du spécialiste EDN. Cela permet de construire l'arbre décisionnel des PEC.
Expert 32	Plutôt OK mais améliorer la formulation "le recours à une quadrithérapie".
Expert 37	quadrithérapie hors insuline
Expert 40	elle peut être nécessaire pour baisser les besoins en insuline et limiter la prise de poids?
Expert 44	On peut proposer aussi dans ce cas un avis spécialisé endocrinologique
Expert 57	l'insuline fait elle partie de la quadrithérapie ? Si oui on peut imaginer un profil de patient qui bénéficierait d'un TTT par MET, Insuline basale, aglp1 et SGLT2i (Obèse avec NAFLD, Ins cardiaque, mal équilibré sous tri thérapie sans insuline par exemple)
Expert 58	Ca peut être utile dans certains cas avec bien sûr l'association d'anti-diabétique ayant un mode d'action différent
Expert 65	sauf avis d'un spécialiste EDN

En trithérapie antidiabétique avec insuline

Proposition 83

R.83 L'instauration d'une insulinothérapie est l'objet d'une discussion avec le patient (et/ou son entourage) dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Elle doit être accompagnée et idéalement précédée d'une autosurveillance glycémique et faire l'objet d'un apprentissage. (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	10	49	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 11	Proposition "surveillance glycémique et faire l'objet d'un apprentissage par le patient et/ou son aidant"
Expert 13	C'est un processus qui peut être long, il ne faut pas brandir l'insulinothérapie comme une punition pour une mauvaise gestion du diabète. Il faut accompagner la personne, qu'elle puisse exprimer ses peurs et ses représentations et travailler cela.
Expert 18	PRESCRIPTION D'CAPTEUR DE GLUCOSE INTERSTICIEL POSSIBLE ET REMBOURSE PRENDRE AVIS D'UN SPECIALISTE EDN AVANT INSTAURATION INSULINE
Expert 32	rappeler DMP et nécessité ETP
Expert 39	je rajouterais : d'un apprentissage lorsque possible. (sinon c'est l'IDE qui passe)
Expert 41	et se faire après consultation d'un endocrinologue
Expert 46	parcours pluripro IPA IDE asalée
Expert 50	Asg est indispensable à l'initiation d'un traitement par insuline. Le terme idéalement peut porter à confusion
Expert 51	autosurveillance ou profil glycémique par capteur nouvelle génération chez les patients incapables de réaliser et relever leurs résultats (littératie, troubles cognitifs, handicap ...) avec pose par le professionnel ou surveillance par IDEL et apprentissage gestuel sur 2 semaines.

Expert 52	l'avis d'un diabétologue peut être utile dans cette situation (sans attendre 87) rappeler qu'un déséquilibre glycémique accompagné d'une prise de poids ne relève pas en général de l'introduction d'une insulinothérapie
Expert 56	Préciser que l'ASG peut être la mesure du glucose en continu

Proposition 84

R.84 L'instauration d'une insulinothérapie nécessite la définition d'objectifs glycémiques clairs, la réalisation d'une autosurveillance glycémique, l'adaptation des doses d'insuline afin d'atteindre les objectifs glycémiques, la connaissance des moyens de prévenir et de corriger les hypoglycémies et la réalisation adéquate de l'injection d'insuline. (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	2	3	6	50	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	je pense qu'un manuel d'utilisation pratique à destination du patient serait bénéfique à fournir (à écrire par la HAS dans le cadre de ce travail)
Expert 8	je mettrais la réalisation adéquate de l'injection d'insuline avant l'adaptation des doses
Expert 11	idem, proposition d'y associer l'aidant
Expert 13	Il faut surtout s'intéresser à la qualité de vie. Est-ce que le passage à l'insulinothérapie permet d'améliorer la qualité de vie, au-delà des objectifs chiffrés des analyses biomédicales.
Expert 18	PRESCRIPTION D'UNE INSULINE ANALOGUE LENTE EN PREMIERE INTENTION
Expert 30	Si tous ces prérequis sont pour le patient, alors peu de patient auront accès à l'insuline. Il faut être plus précis dans la phrase.
Expert 32	replacer "réalisation adéquate de l'injection" avant "adaptation des doses"
Expert 35	Actions ETP seul ou en groupe
Expert 44	Le recours à l'endocrinologue est à privilégier dans ce contexte, afin d'optimiser cette mise en place.
Expert 51	nécessite une ETP personnalisée et éventuellement un suivi IDEL le 1er mois avec apprentissage gestuel, sécurisation.
Expert 64	d'une mesure continue du glucose interstitiel plutôt

Proposition 85

R.85 L'intérêt de maintenir les antidiabétiques non insuliniques doit être évalué en fonction des bénéfices attendus pour chacune des molécules, des associations médicamenteuses et des préférences du patient; (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.59

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	2	2	12	45	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	je suggère de remplacer "préférences des patients" par "contraintes ressenties par les patients"
Expert 32	OK mais il faut donner des indications. maintien systématique de la metformine par ex, ou des iSGLT2/GLP-1RA si atteinte d'organe. ceci est parfaitement décrit dans le consensus SFD mis à jour fin 2023.
Expert 36	Qu'entend-on par "antidiabétiques non insuliniques" ? Est-ce à opposer au "traitement insulinaire" de R87 ? Si oui, peut-être faut-il l'écrire en clair, par exemples "antidiabétiques hors insuline"
Expert 51	du degré d'insulinorésistance afin de ne pas être en escalade de doses d'insuline entraînant une prise de poids
Expert 56	Proposer systématiquement le maintien de la metformine Si maladie CV, insuffisance cardiaque, maladie rénale : proposer systématiquement maintien arGLP1 et/ou iSGLT2 selon les cas
Expert 64	tenir compte de la cardio et néphroprotection
Expert 65	- antidiabétiques : même remarque. - intérêt de maintenir la MET qui permet de limiter la quantité d'insuline. Idem pour aGLP1 qui en plus limite la prise de poids sous insuline

Proposition 86

R.86 Chez les patients diabétiques de type 2 sous insuline, l'utilisation des capteurs glycémiques en continu doit être encouragée, en particulier chez les personnes à risque d'hypoglycémies sévères, et doit faire l'objet d'un accompagnement à leur utilisation et à l'interprétation des données. (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	2	1	7	52	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.59	98.41

Expert	Commentaires
Expert 4	Trop flou comme recommandations. Vous voulez vraiment encourager la mise sous capteur de tout DT2 passant à l'insuline ?
Expert 5	partie réservée aux diabétologues
Expert 13	Oui même sans insuline, pour progresser dans la connaissance de leur maladie et de leur corps. Cela aide à prendre conscience de la maladie et des effets des thérapies, dont l'activité physique et l'alimentation.
Expert 26	Encourager tous les prescripteurs à s'approprier la lecture des Capteurs de glycémie de leurs patients
Expert 32	Formulation : "dispositif de mesure continue du glucose (capteurs)"
Expert 35	Action ETP seul ou en groupe
Expert 40	réserves liées - à l'âge (arrachement du capteur, problèmes techniques, mauvaise utilisation) sauf encadrement médical/ paramédical en structures institutionnelles - à la compréhension des soignants de l'utilisation du capteur afin de pouvoir exercer cet accompagnement auprès des patients - au remboursement qui est restreint à certaines populations
Expert 52	parler de l'intérêt des capteurs continus pour les insulinothérapie gérée par amad ce qui permet de recueillir le profil glycémique de la veille avant de décider de la dose d'insuline AE
Expert 58	Il faut effectivement insister sur la nécessité de leur apprendre à interpréter les données fournies par leur capteur pour adapter leur traitement
Expert 62	Pas certain que ce soit indispensable chez les patients DT2 uniquement traités par insuline basale ! Coût-

	efficacité discutable dans ce cas. OK pour les patients DT2 en basal-prandial
Expert 64	chez tous au moins 3 mois à répéter si besoin
Expert 68	accompagnement du patient et éventuellement de son entourage

Proposition 87

R.87 Pour le choix d'un schéma d'insulinothérapie, le recours à l'endocrino-diabétologue peut également être utile, particulièrement lorsqu'un schéma à plusieurs injections est envisagé. (grade AE).

Ce choix dépend de plusieurs paramètres, tels que :

- les objectifs glycémiques (glycémie et HbA1c) et la capacité du patient à les atteindre ;
- les profils glycémiques : y a-t-il une hyperglycémie à jeun ? Est-elle isolée ou associée à une ou plusieurs hyperglycémies post-prandiales ?
- la présence de complications, en particulier rétinienues et cardio-vasculaires ;
- le mode de vie du patient : le type d'alimentation (horaires des repas et teneur glucidique) et l'activité physique (est-elle régulière ou fluctuante ?) ;
- le choix du patient : le patient accepte-t-il le traitement par insuline ? Si oui, quel nombre d'injections,

De ce fait le choix d'un traitement insulinique repose sur une expertise des soignants à transmettre au patient ou à la personne qui prendra en charge ce traitement.

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.22

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	0	5	0	5	6	43	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.28	96.72

Expert	Commentaires
Expert 2	je trouve cette recommandation molle: peut etre utile... est ce que cela veut dire diriger chaque patient dans cette situation à un spécialiste (avec le risque de délai important) ou peut etre envisager ??
Expert 4	Je ne comprends pas pour la mise sous injectable (aGLP1) vous encouragez d'aller chez le spécialiste et là vous êtes quasiment plus mou pour l'insuline. Il me semble que le passage à l'insuline est un moment où voir un EDN parait justifié
Expert 5	idem
Expert 8	utiliser comme précédemment le terme "spécialiste EDN" et non pas l'endocrino-diabétologue remplacer "teneur glucidique" par "charge glucidique"

Expert 16	le recours à l'endocrino- diabétologue doit être obligatoire
Expert 29	Je mettrai "et est recommandé lorsqu'un schéma à plusieurs injections est envisagé" plutôt que "particulièrement lorsqu'un schéma à plusieurs injections est envisagé"
Expert 30	j'aurais écrit : "le recours aux spécialiste EDN doit être privilégié surtout si le patient n'a jamais été vu par un spécialiste EDN" Pour la encore avancer sur l'arbre décisionnel /circuit patient
Expert 32	A anticiper (après R.83). Rajouter parmi les paramètres la notion d'ampleur du déséquilibre glycémique. Simplifier/raccourcir certains passages. Ex : profils glycémiques ou "le choix du patient (nombre/horaire d'injection)
Expert 35	Le recours à plusieurs types de professionnel.le.s dans un exercice pluridisciplinaire(diabéto-endocrinologue, diététicienne, IDE IPA ou IDE formée ETP...) peut être utile.
Expert 52	l'évolution de la courbe pondérale est un élément majeur à considérer l'introduction d'une insulinothérapie chez un malade en phase de prise pondérale conduit régulièrement à une impasse thérapeutique
Expert 53	Le recours au spécialiste EDN est recommandé ainsi que le recours à l'éducation du patient à l'insulinothérapie.
Expert 56	Cela sous-entend que l'on peut démarrer aussi bien avec une insuline basale qu'avec une rapide ? Très révolutionnaire ! En quoi ces paramètres (objectifs glycémiques, profils glycémiques, présence de complications, mode de vie du patient...) influent sur le choix de l'insuline ?
Expert 57	pour le choix d'un schéma d'insulinothérapie, le recours à l'endocrino-diabétologue est recommandé,

R.88 Le recours à un spécialiste, (endocrinologue diabétologue nutritionniste EDN) sera envisagé pour instaurer ou optimiser le schéma insulinique en cas de difficulté à atteindre les objectifs glycémiques fixés. (grade AE).

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.44

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	2	0	2	1	2	10	48	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.08	96.92

Expert	Commentaires
Expert 2	peut être ajouter difficulté à atteindre les objectifs fixés après avoir réévaluer la compliance au TT et aux règles diététiques et d'APA?
Expert 8	changer "spécialiste, (endocrinologue diabétologue nutritionniste EDN)" en "spécialiste EDN (...)"
Expert 13	Pourquoi attendre qu'il y ait des difficultés pour consulter un spécialiste ? Le diabète est une maladie complexe, dont la prise en charge est difficile et longue. Le plus tôt un spécialiste est consulté, mieux cela peut être pour le patient.
Expert 29	"est recommandé"
Expert 32	A rapprocher de R.87 ?
Expert 35	Idem commentaire précédent : des professionnels de santé spécialisés autre que des médecins peuvent être une ressource pour l'atteinte des objectifs glycémiques.
Expert 45	et en cas de ... ? (je rajouterai le et) je mettrai recommandé au lieu de "envisagé"
Expert 51	après une prise en charge optimale et une démarche ETP
Expert 53	même commentaire que précédemment.
Expert 56	Pas clair ! Si c'est une instauration : par définition, les objectifs ne sont pas atteints ! OK si objectifs non atteints sous insuline basale bien "titrée"
Expert 64	place des IPA?
Expert 65	On pourrait suggérer de façon générale une consultation annuelle avec un spécialiste EDN

Proposition 89

R.89 Lors de la mise en place prudente et en ambulatoire de l'insulinothérapie, il est recommandé, en adjonction à une monothérapie ou à une bithérapie, de débiter (grade AE) : par une injection quotidienne basale (analogues lents de l'insuline, insuline intermédiaire) selon la situation du patient (en particulier, risque d'hypoglycémies nocturnes)

La mise en route d'une insulinothérapie basale nécessite une phase de préparation (codécision avec le patient), ainsi qu'une éducation thérapeutique du patient (et de son entourage). Elle doit être accompagnée et idéalement précédée de la mise en place d'une autosurveillance glycémique et faire l'objet d'un apprentissage.

L'instauration d'une insuline intermédiaire ou analogue lente pourra se faire avec les règles de pratiques suivantes :

- prescription d'une dose initiale faible, (à titre indicatif en général de 0,1 unité/kg par 24 heures, en dehors de situation où le contrôle doit être obtenue rapidement pour une pathologie intercurrente ou un diabète en voie de décompensation) ;
- définition d'un objectif pour la glycémie à jeun au réveil selon l'objectif d'HbA1c personnalisé du patient ;
- adaptation des doses d'insuline tous les 3 jours en fonction des glycémies au réveil et de l'objectif fixé ; (à titre indicatif, la dose peut être augmentée ou réduite de 1 ou 2 UI sauf cas particulier)
- réévaluation du traitement (ADO et/ou insuline) régulièrement et selon besoin en cas d'hypoglycémies fréquentes ou d'une hypoglycémie sévère ;
- autonomisation du patient par une démarche d'éducation thérapeutique
- suivi rapproché pour vérifier la bonne réalisation, l'efficacité et la tolérance de l'insulinothérapie, modifier le protocole et adapter les doses si nécessaire
- recours éventuel à un(e) infirmier(ère) pour réaliser l'insulinothérapie (adaptation des doses selon la prescription,') sur la base d'un exemple de protocole d'adaptation écrit.

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 7.95

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	4	2	8	17	25	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.75	98.25

Expert	Commentaires
Expert 2	cette recommandation est bonne et pragmatique mais elle pourrait renvoyer à un document pour les objectifs personnalisés (ex prise de position de la SFD remise à jour récemment ou autre). par ailleurs dans l'argumentaire, certaines recommandations internationales indiquent un peu comment adapter les doses des traitements. ne faudrait il pas se positionner ici ?
Expert 4	Sur quelle base la dose de 0,1 U/kg est-elle donnée. Cela me paraît très faible
Expert 5	avis diabétologue
Expert 7	IPA PCS ?
Expert 8	retirer "en adjonction à une monothérapie ou à une bithérapie" car contradictoire par rapport à ce qui est énoncé avant retirer également : La mise en route d'une insulinothérapie basale nécessite une phase de préparation (co-décision avec le patient), ainsi qu'une éducation thérapeutique du patient (et de son entourage). Elle doit être accompagnée et idéalement précédée de la mise en place d'une autosurveillance glycémique et faire l'objet d'un apprentissage. car déjà abordé avant retirer le e à obtenue mettre "soutien à l'" avant "autonomisation..."
Expert 13	Intégrer l'amélioration de la qualité de vie comme critère.
Expert 14	je pense que toute prescription médicamenteuse doit associer (éducation thérapeutique) les MTMV adaptées
Expert 17	ajouter dans le choix de la basale la possibilité/nécessité : insuline + glp-1
Expert 24	La mise en route d'une insulinothérapie basale nécessite une phase de préparation (co-décision avec le patient), ainsi qu'une éducation thérapeutique du patient (et de son entourage) lors d'une consultation spécifiquement dédiée en amont de l'instauration du traitement. Elle doit être accompagnée et idéalement précédée de la mise en place d'une autosurveillance glycémique d'au moins deux mesures par jour. Pour cela, le patient doit posséder le matériel adéquate (un lecteur dont il maîtrise l'utilisation, de bandelettes de glycémies, d'un autopiqueur ergonomique et facile d'utilisation, de lancettes adaptées et d'un outil de traçabilité des résultats) et avoir bénéficié d'un accompagnement éducatif adéquate. Le médecin peut alors s'appuyer sur les professionnels de proximités (pharmaciens ou infirmiers) - autonomisation du patient par une démarche d'éducation thérapeutique - suivi rapproché pour vérifier l'adhésion thérapeutique du patient, la bonne réalisation, l'efficacité et la tolérance de l'insulinothérapie, modifier le protocole et adapter les doses si nécessaire - recours un infirmier en pratique avancée pour réaliser une réévaluation et une adaptation des doses des traitements en autonomie - recours éventuel à un(e) infirmier(ère) pour réaliser l'insulinothérapie (adaptation des doses selon la prescription,) sur la base d'un exemple de protocole d'adaptation écrit.
Expert 25	débuter à 0,2 U / kg me paraît plus proche de la réalité
Expert 26	réduction immédiate de 2 UI en cas d'hypo. Tout le reste est ok

Expert 32	- Supprimer "prudente" pour "mise en place sécurisée en ambulatoire". - "injection quotidienne d'insuline basale". - Plus de place aujourd'hui pour l'utilisation de l'insuline NPH (actions moins reproductibles, contraintes de remise en suspension, risque hypoglycémique supérieur). Sans citer de galénique, possible de proposer "analogue de l'insuline en privilégiant l'utilisation d'un biosimilaire" ou quelque chose dans le genre. - Répétitions par rapport aux avis précédents. Formulations à revoir +++ Là encore, des formulations plus précises peuvent être reprises dans les recos HAS2013 et dans le consensus SFD2023.
Expert 37	- il est parfois indiqué d'introduire une insuline rapide au moment des repas en 1ère intention, et non une basale, lors d'hyperglycémies post prandiales prédominantes - la dose de basale initiale est plutôt de 0,2 U/kg/j, débuter trop bas peut limiter l'adaptation de la dose à la hausse, le patient ayant l'impression d'une augmentation importante et anormale de la dose
Expert 44	On propose de rajouter suite à apprentissage, "et idéalement associée à un avis d'expert endocrinologue".
Expert 45	obtenu sans e
Expert 50	Plutôt analogue lent de l'insuline, plutôt que l'insuline intermédiaire en raison d'un moindre risque hypoglycémie, qui est d'une moindre variabilité glycémique
Expert 51	recherche d'hypoglycémies nocturnes
Expert 52	suivi de l'évolution du poids ++++++
Expert 53	Intérêt des systèmes de lecture de la glycémie en continue pour vérifier l'efficacité du traitement et l'absence d'hypoglycémie non ressentie en ambulatoire
Expert 54	recours nécessaire à une infirmière pour la démarche d'éducation thérapeutique et d'apprentissage de l'insulinothérapie.
Expert 56	En contradiction avec proposition 87 qui donne l'impression que l'on peut choisir une rapide ! Que veut dire "Lors de la mise en place prudente" ? Qui est "à risque d'hypo nocturne" ? Quel objectif de glycémie à jeun selon objectif d'HbA1c ? Rôle des IPA pourrait être mentionné
Expert 64	ANALOGUE LENT
Expert 65	- analogues lents de l'insuline en règle, beaucoup plus que insuline intermédiaire. Avec les analogues lents, moindre variabilité glycémique et moindre risque d'hypoglycémie qu'avec les insulines intermédiaires. - La définition d'un objectif pour la glycémie à jeun au réveil ne dépend pas de l'objectif d'HbA1c personnalisé du patient mais surtout du risque d'hypoglycémie nocturne

Proposition 90

R.90 Si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré la mise en place de l'insulinothérapie, celle-ci sera intensifiée. Les différents schémas possibles sont (grade AE). :

- Schéma basal-bolus : insuline ou analogue d'action lente et insuline ou analogue d'action rapide ou ultrarapide avant un ou plusieurs repas de la journée ;
- Schéma de 1 à 2 injections par jour d'insuline biphasique (mélange d'insuline à action rapide ou ultrarapide et d'insuline à action intermédiaire ou lente)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.63

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	1	2	1	2	3	9	7	28	15

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	9.26	90.74

Expert	Commentaires
Expert 5	avis diabétologue
Expert 13	Selon ce que souhaite le patient, ce qu'il est prêt à faire, etc.
Expert 20	On intensifie le plus souvent maintenant en ajoutant un AR GLP-1
Expert 29	schéma basal bolus privilégié
Expert 32	A revoir +++ Autres possibilités à envisager : metformine si absente, iDPP4, iSGLT2, aGLP-1R. Préciser les limites du schéma utilisant de l'insuline biphasique (risque hypoglycémique supérieur, adaptation moins souple).
Expert 36	- Le terme "insuline biphasique" est-il ici synonyme d'"insuline intermédiaire" utilisé plus haut ? Si oui, est-il possible d'homogénéiser ? - le terme "insuline à action rapide renvoie vers l'insuline humaine (actrapid ou humalog) qui ne devrait plus être utilisée. Est-il possible de remplacer par le terme "analogue d'action rapide" ?
Expert 40	pas le schéma à 3 injections de biphasique ? NB il n'y a pas d'insuline biphasique rapide / lente
Expert 50	Noh plus recommandé en première intention selon la sfd. 2023
Expert 51	Une recherche d'autonomisation du patient au moins sur le plan gestuel sera recherchée afin de mieux

	faire coïncider la réalisation de l'injection et le repas
Expert 52	les schémas à deux injections de d'insuline semi lente fonctionnent également et sont à privilégier en cas d'hypoglycémie en matinée ou en soirée
Expert 56	Hiérarchiser ces 2 approches : plus de risque hypo avec les insulines biphasiques...
Expert 57	la place des biphasiques ne me paraît devoir être positionnée au même niveau que les basal bolus.
Expert 60	les schémas biphasiques ne sont pas équivalents au basale/bolus dans la littérature leur maniabilité est plus faible, le risque d'hypoglycémies plus important
Expert 61	je ne crois pas que les mélanges puissent être encore proposés
Expert 62	Oui, le choix entre les deux stratégies dépend du profil du patient. Par ailleurs, si le patient ne reçoit pas déjà un ARGLP1, le premier choix pour l'intensification me paraît être d'ajouter un ARGLP1 plutôt que d'opter pour les deux stratégies d'intensification de l'insulinothérapie proposées (voir dernières consensus report ADA/EASD).
Expert 64	non pas d'insuline biphasique, doit rester très exceptionnel très contraignant, trop de risque hypoglycémie
Expert 65	- On n'utilise pratiquement que les analogues de l'insuline. - 1 à 2 injections par jour d'insuline biphasique: jusqu'à 3 (prescription par le spécialiste EDN). - Le mélange d'un analogue d'action lente avec un analogue rapide (Ryzodec?) n'est pas disponible en France, il me semble

En présence de diabète très déséquilibré

Proposition 91

R.91 En cas de diabète très déséquilibré, avec des glycémies supérieures à 3 g/l répétées et/ou une HbA1c > ou = 10 %, un schéma insulinaire intensifié pourra être instauré d'emblée avec avis d'un endocrinologue EDN. (grade AE).

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.27

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	3	4	11	38	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 4	"doit être envisagé d'emblée" plutôt que "pourra être instauré d'emblée"
Expert 5	avis diabétologue
Expert 8	remplacer "endocrinologue" par "spécialiste"
Expert 9	avis éventuellement téléphonique
Expert 16	une hospitalisation est svt nécessaire pour remettre tt à plat
Expert 20	Préciser que cela n'est parfois que temporaire et qu'un relais peut être pris avec d'autres traitements ensuite
Expert 32	"d'un spécialiste en Endocrinologie-Diabète-Nutrition (EDN)"
Expert 40	sous réserve d'un suivi rapproché pour limiter le risque hypoglycémique et optimiser la titration rapide de l'insuline
Expert 45	oui si patient hospitalisé si pas de critères d'hospitalisation, en ville on s'en sort le plus souvent avec une insuline lente (en augmentant rapidement les doses), compliqué de mettre d'emblée un basal bolus
Expert 46	pas forcément avis endoc pas tjrs facile à avoir
Expert 50	Hba1c >8,5%
Expert 51	ou sans en attendant son avis afin d'éviter une décompensation (zones d'accès aux endocrino difficiles)
Expert 56	en mentionnant la nécessité de réévaluer à court terme la pertinence de poursuivre cette insulinothérapie

	intensifiée
Expert 64	devra plutôt
Expert 65	- une précision: l'insulinothérapie sous forme d'une insuline basale ou selon un schéma intensifié pourra être instaurée d'emblée en particulier s'il existe un syndrome polyuro-polydipsique ou une perte de poids involontaire, en prenant l'avis d'un EDN. - Voir Prise de position SFD 2023, page 10. Désolé, impossible de joindre ce fichier > 2 Mo. Référence Darmon et al. Médecine des Maladies Métaboliques 2023
Expert 76	Prendre en compte la présence de retinopathie diabétique sous jacente, une insulinothérapie intensive peut induire une retinopathie floride

Recommandation pour la recherche clinique

Proposition 92

R.92 En absence de données ou de la qualité méthodologique de faible à modérée selon les standards internationaux de nombreuses méta-analyses et/ou d'études incluses dans les méta-analyses, il serait utile d'appeler à des recherches cliniques futures manquantes, en particulier sur les points :autres (à ajouter)

Valeurs manquantes : 9

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 6.98

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	2	0	1	6	0	5	4	19	27

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	15.00	85.00

Expert	Commentaires
Expert 2	cette phrase est tellement vague qu'on se pose la question de son intérêt à retirer ou à préciser ++
Expert 4	Pas compris du tout cette recommandation !
Expert 6	question incomplète
Expert 8	pas du registre de la HAS
Expert 10	Sur le principe, je suis d'accord avec de nouvelles études de recherche clinique mais les points sur lesquels doivent porter ces études ne sont pas précisés. Je ne peux donc pas répondre.
Expert 17	A ajouter essais avec la boucle fermée et la thérapie cellulaire +++
Expert 20	Confus
Expert 32	Cf remarques précédentes sur les items recherche. A supprimer ici.
Expert 34	pas d'intérêt
Expert 35	Revue d'études sur la tirzépatide
Expert 39	proposition de thème : DT2 chez l'enfant et l'adolescent, quelle meilleure prise en charge thérapeutique ?

Expert 41	Objectifs des recherches cliniques à préciser
Expert 45	manque des données pour répondre à la question
Expert 51	Etat des lieux des freins pour le respect des recos Comparaison PEC avec ETP et sans sur des profils patients similaires
Expert 52	quels sont les points autres ? l'évaluation de l'impact des différents tt sur la MAFLD / NASH est à considérer+++
Expert 55	certes, mais ce n'est pas une proposition pour le praticien
Expert 62	D'accord, il manque surtout des études head-to-head
Expert 64	?
Expert 65	- Tester avec ou sans le maintien de la MET ou d'un aGLP1

V. Stratégie de prise en charge pour des populations particulières

Les populations particulières sont les suivantes :

- personne âgée de plus de 75 ans
- personne obèse avec un IMC > 35
- personne présentant une maladie rénale chronique
- personne présentant une insuffisance cardiaque
- personne présentant une maladie cardiovasculaire avérée
- femme enceinte ou envisageant de l'être

V.1. Personne âgée de plus de 75 ans

Il est rappelé qu'habituellement en médecine et en gériatrie il est d'usage de considérer une personne comme âgée à partir de 75 ans et de distinguer sa prise en charge selon leur état de santé

Proposition 93

R.93 Comme chez les sujets plus jeunes, quelle que soit l'étape de la stratégie thérapeutique, il est recommandé (grade AE) :

- D'assurer une démarche centrée sur le patient (prise en compte de ses besoins, préférences, contraintes et ressources, des effets indésirables) et d'assurer un processus de décision partagée
- De prendre en compte l'environnement social, familial et culturel du patient (activités, rythme des repas'), son profil médico-psychologique (situation de fragilité, isolement, précarité') mais aussi ses capacités fonctionnelles et son niveau d'autonomie et du niveau d'accompagnement autour du patient (capacité à réaliser le traitement, capacité à assurer la surveillance de la glycémie, etc.)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.73

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	0	2	7	58	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	même remarque que précédemment pour médico-psychologique
Expert 20	Les termes 'troubles cognitifs', 'état nutritionnel', 'troubles sensoriels' devraient apparaître : leur évaluation est décisive pour les choix thérapeutiques
Expert 32	Préciser systématiquement kg/m ² pour les valeurs d'IMC. "décision médicale partagée"
Expert 51	ETP individuelle pour mieux s'adapter au patient et collective pour recréer du lien social
Expert 52	la notion de denutrition doit être explicite car si présente le choix de l'insuline doit être valorisé
Expert 53	Distinguer les personnes âgées dites "en bonne santé", de celles dites "fragiles" ou de celles dites "dépendantes"
Expert 63	capacités fonctionnelles (physiques et cognitives)
Expert 64	présence d'altérations des fonctions supérieures espérance de vie
Expert 65	tenir compte aussi des comorbidités

Proposition 94

R.94 En cas de suspicion de fragilité, un bilan gériatrique peut être préconisé selon les modalités décrites dans les recommandations existantes (cf. grille de dépistage de la fragilité des patients HAS 2013). (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.68

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	1	12	50	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 5	l'évaluation de la fragilité n'est que peu validé par les données de la littérature
Expert 8	corriger : les modalités
Expert 17	ajouter se méfier des molécules anorexigènes chez la personnes âgées menacées par la dénutrition, hypo vis-à-vis des sulfamides à 1/2 longue
Expert 32	"doit" être préconisé
Expert 34	revoir écriture les modalités
Expert 42	Coquille dans le texte : "selon les modalités" doit être remplacé par "selon les modalités"
Expert 51	bilan gériatrique pouvant être réalisé par les IPA PCS
Expert 52	la notion de dénutrition doit être explicite car si présente le choix de l'insuline doit être valorisé
Expert 63	Le repérage de la fragilité est recommandé à l'aide d'un questionnaire simple à utiliser en soins primaires (cf. grille de dépistage de la fragilité des patients HAS 2013) par le médecin traitant ou tout personnel soignant. Ce repérage permet de sélectionner les patients susceptibles de bénéficier d'une évaluation gériatrique standardisée (EGS). source : idem

Proposition 95

R.95 Dans ce cadre d'un bilan gériatrique, il est recommandé de réaliser une évaluation des domaines médicaux, psychologiques, sociaux et fonctionnels (capacités d'autogestion notamment). Des troubles cognitifs et les syndromes gériatriques (notamment la fragilité) doivent être recherchés selon les recommandations existantes (cf. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires, HAS 2013). Les objectifs seront fixés en fonction de cette évaluation. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	0	0	3	12	49	4

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.54	98.46

Expert	Commentaires
Expert 8	pas utile ; pas spécifique au DT2
Expert 13	En faisant attention à ne pas stigmatiser, ou d'induire un sentiment de stigmatisation en raison de l'âge.
Expert 14	bilan du statut nutritionnel est il inclus?
Expert 32	"dans le cadre"
Expert 41	Les objectifs peuvent-ils être rappelés selon la fragilité du patient?
Expert 52	la notion de dénutrition doit être explicite car si présente le choix de l'insuline doit être valorisé
Expert 64	dé^pistage dénutrition, sarcopénie risque de chute
Expert 70	Importance de faire une synthèse des différents bilan pour proposer une prise en charge bio psycho socio fonctionnelle de qualité
Expert 76	Ajouter l'acuité visuelle

R.96 Chez les sujets âgés, il est recommandé d'être prudent sur les mesures hygiéno-diététiques et la prescription de régimes restrictifs qui peuvent provoquer une dénutrition et une sarcopénie. Ces patients sont en effet exposés au risque de dénutrition en raison de modifications de l'appétit, de la diminution de l'activité physique ou de la présence d'un état dépressif qui exercent une influence négative sur la prise alimentaire.

Un dépistage régulier de la sarcopénie et la dénutrition est recommandée et toute alimentation doit être envisagée au cas par cas (ex : obésité majeure, etc.) (grade AE)

Valeurs manquantes : 10

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.34

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	1	2	4	2	6	47	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.17	96.83

Expert	Commentaires
Expert 2	peut etre ajouté la réévaluation des apports alimentaires régulier devrait précéder la recherche denut et sarcopénie >>> etre préventif ++ plutôt que curatif une fois la dénút survenue++
Expert 5	Je ne comprends pas la fin de la recommandation : " et toute alimentation doit être envisagée au cas par cas (ex : obésité majeure, etc...)
Expert 8	redondant (déjà dit en amont) si conservée remplacer mesures hygiénodiététiques par MTMV
Expert 9	une reco sur la PEC des patients à espérance de vie réduite (EHPAD++) serait le bienvenu : j'observe trop de sur traitement insensé
Expert 11	Formulation pour moi, cette phrase "en raison de modifications de l'appétit, de la diminution de l'activité physique ou de la présence d'un état dépressif" sous-entend que la présence d'un état dépressif fait parti du vieillissement normal, ce qui est faux. soit l'objectif de cette phrase est de citer les éléments du vieillissement normal associé à la diminution des apports alimentaires et donc l'état dépressif doit être supprimé, soit il est nécessaire de parler de pathologies associées qui exercent une influence négative sur la prise alimentaire en citant plusieurs exemple. Je ne comprends pas la formulation de cette partie de la phrase "et toute alimentation doit être envisagée au cas par cas"
Expert 14	L'alimentation envisagée doit être adaptée et proposée selon les recos par un diététicien nutritionniste
Expert 16	chez les personnes âgées, la prescription d'une restriction calorique n'est pas recommandée l'évaluation nutritionnelle se portera sur la qualité des repas (présence des nutriments de sécurité) et la

	fréquence de consommation afin d'écartier une éventuelle dénutrition. on parlera plutôt d'un rééquilibrage alimentaire adapté aux besoins caloriques de la personne sur 24h. Une aide à la régulation quantitative est à envisager si présence d'une hyperphagie ou tachyphagie...
Expert 32	- remplacer mesures HD par "MTMV" - "toute intervention sur le mode de vie, en particulier visant l'alimentation, ..."
Expert 35	Je propose que la formulation soit plus claire : "Il n'est pas recommandé la prescription de régimes restrictifs chez les sujets âgés." Est-ce qu'il serait possible de faire apparaître de manière plus claire les risques d'obésité sarcopénique dans la 2e partie de la recommandation ?
Expert 36	- Peut-être faut-il également ajouter les troubles de la déglutition parmi les risques de dénutrition ? (également à prendre en compte lors de la prescription des médicaments par voie orale)
Expert 39	Rajouter: la prescription éventuelle d'agoniste des récepteurs aux GLP1 ne pourra s'envisager chez la personne âgée, même en situation d'obésité, qu'après avoir écarté une dénutrition concomitante, avec l'aide d'un spécialiste nutritionniste ou EDN. l'intérêt du maintien de cet aGLP1 devra être réévalué régulièrement, du fait de ses propriétés anorexigènes, et suspendu ou arrêté, le cas échéant, chez la personne âgée en cas de risque élevé ou d'état de dénutrition.
Expert 43	Point de vigilance à ajouter : le risque relatif majoré chez le sujet âgé avec un DT2 d'une sarcopénie. En prévention ou à visée thérapeutique, il est proposé un programme de renforcement musculaire a minima 2 fois par semaine. Source : Ai et al. 2021. The prevalence and risk factors of sarcopenia in patients with type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis
Expert 45	je trouve que la fin de la dernière phrase ne veut rien dire (toute alimentation doit être envisagée au cas par cas) par ailleurs je noterai qu'il est recommandé d'être prudent sur la prescription de régimes restrictifs mais pas sur les règles hygiéno diététiques qui restent recommandées à tout âge et qui ne sont pas synonymes de restriction calorique / protéique
Expert 51	PAS de régime restrictif, partir des habitudes alimentaires et ajuster progressivement, bilan dentaire indispensable, accès à l'alimentation (pb financiers et sociaux) à évaluer
Expert 52	et "toute alimentation" doit être envisagée au cas par cas ???? tout régime doit être envisagé au cas par cas?
Expert 65	Pour la dernière phrase, je suggère: Un dépistage régulier de la sarcopénie et de la dénutrition est recommandé et tout conseil sur l'alimentation doit être envisagé au cas par cas
Expert 68	"Ces patients sont en effet exposés au risque de dénutrition en raison de modifications de l'appétit, de la diminution de l'activité physique ou de la présence d'un état dépressif qui exercent une influence négative sur la prise alimentaire. " pourrait être modifié par "Ces patients sont en effet exposés au risque de dénutrition, en raison de la fréquence des facteurs de risque, souvent intriqués, dans cette population (polypathologie et polymédication, isolement, dépendance, état bucco-dentaire précaire, ...)" Il semble qu'il manque des mots sur la dernière phrase (modification de l'alimentation?)
Expert 70	Important d'associer les différentes stratégies thérapeutiques d'avoir une approche dynamique ensemble La coordination et le soutien inter professionnel est important dans la réussite de ces prise en charge

Proposition 97

R.97 Les recommandations sur les mesures MTVV sont les mêmes que celles existantes pour les populations âgées fragiles non diabétiques et ne doivent pas être plus restrictives. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.65

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	2	1	1	10	50	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	oui !!
Expert 13	Cela dépend de beaucoup de facteurs. L'âge n'est qu'un facteur parmi une multitude, c'est difficile de répondre.
Expert 16	préserver le capital musculaire+++
Expert 45	il faut préciser pour les diabétiques âgés "fragiles" du coup ? pour les diabétiques âgés "non fragiles", les recommandations sont les mêmes que pour les populations âgées non diabétiques "non fragiles" ?
Expert 68	Rajouter "Mais doivent parfois être adaptées à la situation médico-sociale des patients?"

Proposition 98

R.98 La pratique régulière d'une activité physique AP et/ou APA est recommandée chez les sujets âgés diabétiques de type 2 avant toute prise en charge médicamenteuse, dès le diagnostic et tout au long de sa prise en charge. (grade B)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	1	0	6	12	47	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.49	98.51

Expert	Commentaires
Expert 1	Même remarque que pour la population plus jeune, l'activité physique seule ne suffit pas si prévention secondaire ou très haut risque et sa non mise en oeuvre ne devrait pas obérer une prise en charge médicamenteuse. Je propose de reformuler "AP et/ou APA est recommandée chez les sujets âgés diabétiques de type 2 en association avec toute prise en charge médicamenteuse"
Expert 8	remplacer "AP et/ou APA" par "adaptée" retirer "avant toute prise en charge médicamenteuse"
Expert 16	en fonction des reco HAS
Expert 40	sous réserve des limitations fonctionnelles souvent présentes
Expert 46	apres évaluation de la fragilité / risque
Expert 52	dans la limite de l'état locomoteur de la personne...l'accès à l'aquagym étant limité et onéreux...
Expert 56	Parfois en même temps qu'une prise en charge médicamenteuse
Expert 57	sauf si déséquilibre important la prise en charge médicamenteuse est associée dans le même temps à la pratique d'une activité physique
Expert 62	Oui, mais tout dépend de l'état du patient
Expert 64	en meme temps si cardio ou néphroprotection
Expert 65	je supprimerais "avant toute prise en charge médicamenteuse," et tout au long de la prise en charge: corriger sa
Expert 70	Indispensable

Proposition 99

R.99 Selon les recommandations les plus récentes, les objectifs recommandés chez le sujets âgés sont (grade B) :

- **Au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée**
- **Des activités de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus soutenue faisant travailler les principaux groupes musculaires deux fois par semaine ou plus**
- **Des activités d'équilibre au moins 3 fois par semaine**

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.05

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	5	5	5	8	37	8

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.64	98.36

Expert	Commentaires
Expert 4	La phrase "Au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée" se contredit en indiquant deux fourchettes de temps différentes pour l'activité physique aérobie d'intensité modérée. Je pense qu'il doit s'agir de : Au moins 150 à 300 minutes par semaine d'activité physique d'intensité modérée, ou Au moins 75 à 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité élevée.
Expert 8	erreur sur la phrase suivante: Au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée
Expert 9	préciser : par semaine !et aérobie/ anaérobie
Expert 13	Attention à ne pas fixer des objectifs trop normatifs, impossible à atteindre ou inadaptés pour certaines personnes. Cela dépend d'une multitude de facteurs.
Expert 14	avec exemples concrets adaptés
Expert 16	150 à 300min sur quelle fréquence ???

Expert 19	Importance des activités d'équilibre
Expert 20	Idéalement...
Expert 23	préciser par semaine pour la première proposition
Expert 27	"Au au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée". Le dernier mot de cette phrase devrait être vigoureuse ou élevée.
Expert 31	1 ère proposition non compréhensible
Expert 35	Préciser durée des séances de renforcement musculaire ? Préciser le type d'activités d'équilibre ?
Expert 42	Pour la mention "Au moins 150 à 300 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité physique aérobie d'intensité modérée", il faudrait préciser que ces données sont par semaine.
Expert 50	Il manque la mention par semaine dans le premier paragraphe. 75 à 150 minutes d'activité physique, aérobie d'intensité élevée au lieu de modérée Dans le deuxième paragraphe préciser sur des jours non consécutifs
Expert 51	des activités physiques adaptées (gym assise)
Expert 52	faisabilité pratique ???? les structures ne sont pas disponibles
Expert 53	tenir compte des comorbidités et handicaps
Expert 56	Surtout partir de ce que fait déjà le patient, le cas échéant, de ce qu'il peut faire, de ce qu'il aime et souhaite faire, avec des objectifs SMART itératifs tout au long du parcours... plus que des recos générales appliquées à tous les patients, parfois sans aucune pertinence
Expert 62	Oui, mais tout dépend de l'état du patient
Expert 65	Au moins 150 minutes Je supprimerais "à 300" (qui d'ailleurs n'a pas été dit avant 75 ans).
Expert 68	Sur la première proposition, il doit y avoir une erreur car il y a deux fois "intensité modérée"
Expert 70	Celle ci doivent être personnalisés par une collaboration une continuité kiné APA Apprendre à ces professionnels à travailler ensemble pour le patient à unir leurs expertises leurs différences
Expert 73	Peut-être à documenter davantage (cf récente étude de l'Inserm) : https://www.inserm.fr/actualite/apres-65-ans-toute-activite-est-benefique-pour-la-sante/

Proposition 100

R.100 L'activité physique doit être adaptée aux capacités fonctionnelles des sujets âgés. Des précautions particulières doivent être respectées chez les sujets à risque de déshydratation et de chutes et relève d'un accompagnement APA. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	3	12	51	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	mettre "par un enseignant en" avant APA
Expert 13	adaptée à leurs envies, leurs préférences, leurs modes de vies, leurs ressources, etc.
Expert 16	Un encadrement est fortement conseillé
Expert 20	Troubles sensoriels (vue notamment) ?
Expert 35	Problématique du reste à charge financier pour les suivis APA en ville
Expert 43	Ajouter : à risque de déshydratation et de syndrome de fragilité a fortiori de chutes, relève donc d'un accompagnement par un professionnel en APA.
Expert 51	risque hypotensions
Expert 52	Il me semblait que toutes les personnes âgées sont à risque de deshydratation "particulièrement à risque de "
Expert 62	Le risque de déshydratation me paraît très faible dans cette population compte tenu de l'importance et la durée de l'exercice généralement réalisé
Expert 65	et relèvent d'un accompagnement APA
Expert 70	Le kinésithérapeute par son expertise sur le mouvement et le muscle doit être intégré dans le parcours d'évaluation il est un soutien à l'APA et à la réussite du projet

Proposition 101

R.101 Le choix des thérapeutiques doit prendre en compte le risque nutritionnel et le risque accru d'hypoglycémies aux conséquences plus délétères chez les sujets âgés. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.68

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	2	11	53	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 2	peut être préciser ici les risques de troubles dig avec certaines molécules anti-diabétiques sont importants et peuvent aggraver dénut voir déshydratation
Expert 11	Est- il possible d'ajouter la "doit prendre en compte la prévention secondaire d'évènements cardiovasculaires" ? Cet aspect est également important dans le choix thérapeutique et fréquent dans la population âgée.
Expert 17	je ferai ici un rappel plus précis sur les glp- 1 et sulfamides
Expert 32	mais également l'existence d'une insuf cardiaque, MRC et/ou prévention CV secondaire +++
Expert 36	Peut-être mettre en clair que : - les antidiabétiques anorexigènes (aGLP1) ne sont pas recommandés chez les sujets âgés dénutris/à risque de dénutrition - les antidiabétiques provoquant des hypoglycémies sont à utiliser avec précaution chez les patients âgés chuteurs
Expert 43	En lien avec la mise en place d'un programme en APA, les conseils à tenir sont la tenue d'un carnet de suivi glycémique (signes annonciateurs d'une HypoG : sueur, pâleur, tremblement, palpitation voire tachycardie et polydipsie / Signes + avancés : céphalée, tbl attention, visuel, de l'équilibre et de la parole). Surveillance glycémique en début et fin d'exercice. Si glycémie pendant l'effort ou en fin < 0,8g/l collation de 20g de glucides (4 abricots sec, 1 pomme, 1 pain au lait, 3 biscottes, 100g de compote, 1 briquette de 20cl de jus)
Expert 53	Distinguer les personnes âgées dites "en bonne santé", de celles dites "fragiles" ou de celles dites "dépendantes"
Expert 65	Spécifier: Le choix des thérapeutiques anti-hyperglycémiantes

Proposition 102

R.102 Si la situation le permet (pour les personnes dont la fonction rénale n'est pas altérée et pour lesquelles la sécurité de la prise médicamenteuse est assurée), la metformine est le traitement de 1ère intention, en portant une attention particulière aux troubles digestifs et amaigrissements et carence en Vit B12. (grade C)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	3	0	6	5	44	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	retirer "pour les personnes dont la fonction rénale n'est pas altérée" (car la metformine est autorisée jusqu'à un certain stade d'insuffisance rénale) et le remplacer par "pour les personnes dont la fonction rénale l'autorise" mettre amaigrissement au singulier
Expert 28	dans le cadre d'un contrôle de l'hyperglycémie et des complications aiguës, OK avec la metformine ici
Expert 30	Je serai tout de même plus prudente. il y a encore trop de coma hyperosmolaire aux urgences!
Expert 32	"aux troubles digestifs et nutritionnels, en particulier la carence en VitB12"
Expert 51	apports protéiques en ajout à l'alimentation devrait être facilitée
Expert 52	et aux épisodes à risque de déshydratation aigue
Expert 65	Il est possible d'être plus précis: réduire de moitié la dose de metformine en cas d'altération modérée du DFG (30 à 50)

Proposition 103

R.103 En cas de CI ou mauvaise tolérance à la MET, les DPP4i sont une alternative simple et bien tolérée (moins effets secondaires et efficacité) si l'écart à l'objectif glycémique n'est pas trop important. (grade C)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	1	0	0	1	4	9	38	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.14	92.86

Expert	Commentaires
Expert 1	Et en l'absence de haut ou très haut risque cardiovasculaire compte tenu de l'absence de bénéfice des DPP4i chez ces patients...
Expert 8	je suggère de retirer "si l'écart à l'objectif glycémique n'est pas trop important." car flou
Expert 9	désaccord sur les DPP4i (alias gliptines)
Expert 11	Pourquoi les iSGLT 2 n'apparaissent-ils pas à ce stade pour les patients présentant une insuffisance cardiaque chronique, une maladie cardio-vasculaire artérioscléreuse établie, une néphropathie diabétique comme chez les patients plus jeunes? Plusieurs études montrent la bonne tolérance de ces molécules chez les patients âgés et fragiles avec une réduction d'événements comme une réduction d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque par exemple De plus la population de plus de 75 ans est une population très hétérogène. Les patients vigoureux, ayant une espérance de vie longue peuvent prétendre aux traitements aux patients plus jeunes, après décision médicale partagée. Comme décrit, pour les patients très dépendants avec une espérance de vie courte les iDDP4 seront le traitement de premier recours devant l'absence d'effets secondaires et qu'aucun objectif de prévention ne sera attendu pour ces patients. Enfin pour les patients fragiles, les choix thérapeutiques devraient être laissés à la décision médicale partagée pour la prescription iSGLT2 et la prévention d'événements cardio-vasculaire, sources d'altération de la qualité de vie et d'hospitalisation.
Expert 20	Définir l'écart 'pas trop important'
Expert 32	"l'alternative à privilégier compte-tenu de leur bon profil de tolérance"

Expert 36	On devrait parler d'effet indésirable plutôt que d'effet secondaire
Expert 44	en cas d'insuffisance cardiaque, privilégier les inhibiteurs de SGLT2
Expert 52	et qu'il n'y a pas de nécessité de protection cardio renale particuliere

Proposition 104

R.104 En cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine, il est recommandé de prescrire d'autres alternatives sont possibles (grade C) :

- Répaglinide si la prise alimentaire est irrégulière, en raison de son administration à chaque repas (demi-vie courte)
- Inhibiteurs des alphaglucosidases si la survenue d'hypoglycémies est une situation préoccupante.

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8

Moyenne : 6.82

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	5	3	0	1	4	4	9	8	21	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	16.36	83.64

Expert	Commentaires
Expert 1	Pas si haut ou très risque CV
Expert 4	Cette recommandation se contredit avec la proposition 103. JE pense que c'est un problème de formulation. Mais on a la 103 qui recommande les DPP4i et la 104 qui pour une situation très proche recommande d'autres traitements ?
Expert 8	pas d'accord avec cela car on peut mettre une gliptine
Expert 9	médicaments mal voire pas évalués sur des critères cliniques
Expert 11	idem
Expert 18	trop d'effets secondaires avec les alphaglucosidases
Expert 20	Pourquoi pas les iDPP4 ? Pourquoi pas les gliflozines chez les sujets âgés 'en bonne santé' et/ou en cas d'insuffisance cardiaque ou de maladie rénale chronique ? Evitons aux maximum les médicaments pourvoyeurs d'hypoglycémie Les inhibiteurs des alphaglucosidases sont peu efficaces et mal tolérés et ne sont pas les seuls à ne pas donner d'hypoglycémie
Expert 25	stop aux Inhibiteurs des alphaglucosidases
Expert 30	Les troubles digestifs dus aux Inhibiteurs des alphaglucosidases sont encore plus dangereux dans ces populations. La encore mettre un focus de sécurité plus fort sur cette molécule.

Expert 32	supprimer "il est recommandé de prescrire" Discuter l'introduction ou maintien des iSGLT2 (voire GLP61RA) si insuf cardiaque, MRC et/ou prévention CV secondaire +++
Expert 36	Doit-on ici mentionner les iSGLT2 (en particulier en cas d'indications propre de ces molécules comme l'insuffisance cardiaque) ?
Expert 37	- retirer les inhibiteurs des alphaglucosidases, plus considérés comme des anti-diabétiques (baisse d'HbA1c inférieure à 0,5%), et très mal tolérés sur le plan digestif (diarrhées, flatulences ++) - envisager en 1ère intention les inhibiteurs de DPP4 en monothérapie dans ce cas +++
Expert 39	Ligne 1: enlever le mot "sont"
Expert 44	rajouter les inhibiteurs de SGLT2: une seule administration et pas d'hypoglycémie
Expert 45	faute de syntaxe dans la 1ère phrase ("il est recommandé de prescrire d'autres alternatives sont possibles") honnêtement en 2023 plus personne ne prescrit des inhibiteurs alphaglucosidases qui sont très mal tolérées...
Expert 50	En cas de contre-indication à la metformine et idpp4
Expert 52	si CI à la metformine = gliptine sauf effet lateraux éviter repaglinide car risque hypo éviter acarbose: peu puissant et rarement toléré à posologie efficace
Expert 53	Ce n'est pas très claire, est ce en cas de CI au inhibiteurs des DPP4? "Inhibiteurs des alphaglucosidases si la survenue d'hypoglycémies est une situation préoccupante": rajouter l'importance de surveiller la tolérance digestive qui est souvent altérée.
Expert 56	Pourquoi pas les gliflozines, voire les arGLP1 chez des personnes âgées bien valides ?
Expert 60	je ne comprends pas bien pourquoi seules ces deux classes thérapeutiques ont été retenues ? chez un sujet âgé fragile je pense qu'il faut éviter autant que possible les médicaments hypoglycémiants et dans ce cas les DPP4i me paraissent être une meilleure alternative thérapeutique (pas ou peu d'effet secondaire, pas d'hypo, bonne tolérance, neutralité cardiovasculaire démontrée)
Expert 61	inhibiteurs des alphaglucosidases?? la tolérance est médiocre pour une efficacité de peu, cela ne me paraît pas une alternative valable je en comprends pas la place des DDPIV cela serait si intol à la met et DDPIV insuffisant?
Expert 62	L'intérêt de inhibiteurs des alpha-glucosidases me paraît limité chez la personne âgée (par ailleurs, beaucoup d'effets indésirables digestifs, ce qui n'est pas idéal dans cette population). Cette classe n'est plus mentionnée dans le consensus ADA/EASD.
Expert 64	non pas de repaglinide trop risqué en terme d hypoglycémies
Expert 65	supprimer "sont possibles" Je propose: En cas d'intolérance ou de contre-indication à la metformine, si l'objectif glycémique n'est pas atteint, il est recommandé de prescrire en alternative... (autres alternatives est un pléonasme...)

Proposition 105

R.105 En raison des risques d'hypoglycémies, les sulfamides sont à utiliser avec précautions et implique une surveillance accrue. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.07

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	0	1	3	0	5	6	42	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.67	93.33

Expert	Commentaires
Expert 1	Je propose cette phrase plutôt : En raison des risques d'hypoglycémies et d'un rapport bénéfice risque défavorable sur les complications cardiovasculaires, les sulfamides sont à éviter et si jugés indispensables à utiliser avec précautions et implique une surveillance accrue. (grade AE)
Expert 2	peut être indiquer que c'est le dernier choix thérapeutique en raison du risque d'hypo et de leurs conséquences dramatiques dans cette population
Expert 4	Pour les raisons citées, les sulfamides doivent être évités
Expert 8	mettre implique au pluriel je suggère de mettre avec parcimonie plutôt qu'avec précautions
Expert 20	Les sulfamides ne devraient quasiment plus être utilisés chez les sujets âgés, ou alors en 3ème ligne et jamais chez les patients fragiles
Expert 26	impliquent
Expert 32	et les glinides. "précautions (posologie faible, surveillance régulière de la fonction rénale, autosurveillance glycémique, ETP : identification et gestion des hypoglycémies)
Expert 39	Corriger : "et impliquent" à la place de "et implique"
Expert 41	Sont à proscrire ?
Expert 42	Dans le guide des Prescriptions Adaptées à la Personne Agée (PAPA), il est mentionné les éléments suivants : La forme LP du glipizide est strictement contre-indiquée chez le patient de plus de 75 ans (également mentionné dans la liste de Laroche : https://www.omedit-normandie.fr/media-files/20222/liste-de-laroche-

	2009.pdf). Le glibenclamide et le glimépiride devraient être évités chez les personnes âgées fragiles. Ces notions sont également mentionnées dans : - les recommandations européennes de 2011: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1262363611709624?via%3Dihub - Les critères STOPP/START: https://academic.oup.com/ageing/article/44/2/213/2812233?login=false - Les critères de Beers: https://www.guidelinecentral.com/guideline/340784/). Au total, il serait peut être intéressant de rajouter une notion de préférence de molécule parmi les sulfamides hypoglycémisants, avec par exemple la notion d'éviter les sulfamides hypoglycémisants à longue durée d'action (glipizide LP) du fait du risque d'hypoglycémie prolongée chez la personne âgée.
Expert 45	en raison du risque d'hypoglycémie avec précaution sans s et impliquent (-ent)
Expert 51	imposent contrôles glycémique par IDEL éventuellement à l'administration 15 séances
Expert 53	Nécessité de différencier comme le font les gériatres les personnes âgées dites en bonne santé, de celles dites fragiles ou de celles dites "dépendantes" . N'utiliser avec précaution les SU que chez les sujets âgés "en bonne santé" et chez qui la surveillance accrue est possible.
Expert 56	Sont à éviter
Expert 64	à ne pas utiliser!!!!
Expert 65	impliquent

Proposition 106

R.106 Les indications pour les iSGLT2 et aGLP1 sont identiques aux sujets jeunes mais ils doivent être utilisés avec prudence du fait du risque d'hypovolémie et de perte de poids. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.97

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	3	3	8	9	33	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.45	96.55

Expert	Commentaires
Expert 1	Classiquement pas de risque d'hypoglycémie avec ces classes thérapeutiques en l'absence d'agent hypoglycémiant associé. Plutôt se méfier d'un risque de dénutrition chez le sujet âgé avec les aGLP1
Expert 2	et ajouter que leur tolérance et potentiels effets secondaires doivent être réévaluer régulièrement ++
Expert 4	Mal formulé car pas de risque d'hypovolémie avec les aGLP1 Mettre plutôt "du fait du risque d'hypovolémie ou de perte de poids."
Expert 7	selon conciliation médicamenteuse liée à l'évaluation gériatrique globale
Expert 8	je suggère de remplacer perte de poids (qui est souhaitée) par sarcopénie
Expert 11	Pourquoi cela n'apparaît il pas avant les 2 recommandations précédentes ?
Expert 17	ajouter de façon plus précise le risque d'acidocétose en raison du jeûne et d'infections basses
Expert 20	Trop flou iSGLT2 : prudence chez les fragiles et exceptionnellement chez les dépendants / très malades (insuffisance cardiaque) AR GLP-1 : prudence +++ chez les fragiles et jamais chez les dépendants / très malades
Expert 30	insister sur le bilan nutritionnel régulier et l'arrêt de GLP1 en cas de sarcopénie.
Expert 31	hypovolémie pour iSGLT2
Expert 32	Donc à discuter plus haut dans les alternatives ou associations à la metformine en insistant en amont sur cet avis.
Expert 39	Rajouter peut-être ici mes remarques précédentes sur aGLP1 et dénutrition
Expert 44	les iSGLT2 sont à privilégier en cas d'insuffisance cardiaque, y compris chez le sujet âgé, tout en prenant

	le précautions en terme d'hypovolémie et nécessité de surveiller la fonction rénale (mesure de la créatininémie 2 à 3 semaines parès l'instauration du traitement).
Expert 45	les indications "des" (et non "pour les" ?)
Expert 51	evaluation des apports alimentaires est indispensable et suivi du poids
Expert 52	les aGLP1 ne produisent pas d'hypovolémie spécifiquement si ce n'est indirectement si vomissement ?! une perte de poids modérée reste recherchée en situation d'obésité compliquée
Expert 53	hypovolémie que pour les inhibiteurs des SGLT2. Distinguer les personnes âgées dites en bonne santé, de celle dites fragiles ou de celles dites "dépendantes"
Expert 64	préciser risque de dénutrition et sarcopénie
Expert 65	du fait du risque d'hypovolémie sous iSGLT2, et de perte de poids avec les deux classes thérapeutiques.
Expert 68	Rajouter "et d'hypotension"?

Proposition 107

R.107 Les objectifs glycémiques doivent être réévalués régulièrement. Le surtraitement doit être évité et une désintensification peut être proposée pour réduire le risque d'hypoglycémies. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.52

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	3	7	9	47	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	préciser en cas de traitement exposant à un risque d'hypoglycémies
Expert 9	selon l'espérance de vie (EHPAD+++)
Expert 14	+ informations des aidants et accompagnants
Expert 32	"désescalade" plutôt que désintensification thérapeutique. "réduire le risque de iatrogénie, en particulier d'hypoglycémie"
Expert 52	le choix de classes de molécules ne produisant pas d'hypoglycémies doit être privilégié
Expert 53	Distinguer les personnes âgées dites en bonne santé, de celle dites fragiles ou de celles dites "dépendantes" car objectifs thérapeutiques différents.
Expert 56	Intérêt de fixer des limites inférieures d'HbA1c chez patients fragile ou dépendants quand utilisation d'insulino-sécréteurs ou d'insuline
Expert 68	Je pense qu'ici on pourrait parler des bornes inférieures d'HbA1c.

Proposition 108

R.108 Lorsque les antidiabétiques oraux (ADO) ne peuvent pas être utilisés, l'insulinothérapie est recommandée. (grade AE).

Le recours à une tierce personne -professionnel de santé, proche aidant -, peut être envisagé, ainsi que celui à un dispositif de mesure continue du glucose. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.56

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	1	4	8	48	6

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.59	98.41

Expert	Commentaires
Expert 8	préciser dans ce cas que l'objectif glycémique doit être adapté au risque que représente la survenue d'une hypoglycémie ?
Expert 20	Ne peuvent pas ou ne sont plus suffisamment efficaces
Expert 32	"ne peuvent pas être utilisés ou s'avèrent insuffisants pour atteindre les objectifs individualisés de contrôle glycémique"
Expert 40	sous réserve des problèmes techniques liés au dispositif et de la formation de la tierce personne à l'utilisation de ces dispositifs
Expert 51	le plus suvent possible sécurisation au moins au début de l'insulinothérapie, attention au repérage des hypos retardé avec capteur
Expert 62	A mon sens, envisager un ARGLP-1 plutôt qu'une insuline basale en première intention, sauf si contre-indication ou intolérance à un ARGLP-1 (voir consensus report ADA/EASD)
Expert 65	Lorsque les anti-hyperglycémiantes oraux ou un aGLP1 ne peuvent pas être utilisés, ...

Proposition 109

R.109 Pour les personnes âgées dites « fragiles » ou « malades », et si l'écart à l'objectif est faible (moins de 0,5 % en valeur absolue d'HbA1c), l'absence de traitement médicamenteux peut être envisagé en maintenant une surveillance de l'équilibre glycémique. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.44

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	0	1	2	5	6	45	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.67	98.33

Expert	Commentaires
Expert 28	pourquoi vouloir mettre une limite de 0,5 % ?? qu'elle en est le bénéfice par rapport à quelqu'un qui serait à 1% ou qui ne souhaite pas qu'on "l'embête" avec son diabète. Pour moi, ici, c'est toute la place de la décision médicale partagée et non d'un dosage intermédiaire non corrélée à la qualité de vie ou à la dépendance qui pointe son bout de nez ...
Expert 40	et en prévenant des situations à risque de décompensation
Expert 52	1% en valeur absolue au moins!
Expert 56	Vérifier l'absence de symptômes d'hyper et de déshydratation
Expert 65	et si l'écart à l'objectif est faible (moins de 0,5 % en valeur absolue d'HbA1c et absence de montée de la glycémie au delà de 2,5 g/l au cours de la journée),

V.2 Personne obèse avec un IMC supérieur à 35

Les recommandations peuvent se référer aux récents travaux de la HAS sur la prise en charge du patient en surpoids ou obésité, en particulier le guide du parcours de soins « surpoids et obésité de l'adulte guide parcours de soins », février 2023, la recommandation de bonne pratique « obésité de l'adulte : prise en charge de 2e et 3e niveaux - partie i : prise en charge médicale », juin 2022 et le rapport d'évaluation évaluation des technologies de santé « chirurgie métabolique : traitement chirurgical du diabète de type 2 -, octobre 2022.

Proposition 110

R.110 La prise en charge du patient DT2 en situation d'obésité doit être individualisée et adaptée à sa situation (âge, poids initial, comportement alimentaire, niveau socio-économique, littératie en santé).(grade AE)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.71

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	0	0	3	8	56	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.47	98.53

Expert	Commentaires
Expert 2	la reco américaine (premiere ref citée précise bien qu'il faut avoir un langage non discriminant: personne avec obésité or le chapitre s'intitule personne obèse +++ modifier dans l'ensemble du texte ce type de formulation (cf parcours de soin surpoids et obésité HAS jan 2023 avec une dizaine de pages sur la discrimination +++)
Expert 8	mettre dans l'entête de chapitre: personne en obésité plutôt que personne obèse
Expert 13	Et la sante mentale, en particulier lorsqu'il y a un trouble de l'alimentation.
Expert 20	Autres complications liées à l'obésité ? Prises en charge antérieures ?
Expert 32	"poids initial et histoire de l'évolution pondérale"
Expert 39	Modifier "personne obèse" : discriminant: écrire : "personne en situation d'obésité sévère (IMC supérieur ou égal à 35kg/m2)"
Expert 44	Dans le titre de cette section et dans les paragraphes ci-dessous, peut-on remplacer le terme obèse par personne en situation d'obésité?
Expert 50	IMC > 30 plutôt que. 35
Expert 51	histoire du poids, activité physique, TCA
Expert 52	certes!

Expert 55	oui, mais ce n'est pas spécifique
Expert 64	personne en situation d'obésité et non personne obèse!! à changer dans le titre
Expert 65	dans la parenthèse, ajouter les conséquences de l'obésité et l'objectif de perte de poids

Proposition 111

R.111 Le poids est à surveiller lors des consultations ;

Un objectif de perte d'au moins 5% de la masse grasse au diagnostic est adapté pour la plupart des patients en surpoids ou obèses. En fonction des objectifs sur le poids, l'impact attendu des traitements médicamenteux sur le poids est à considérer lors du choix des traitements. (grade AE)

Au-delà de l'objectif, toute perte de poids a un impact bénéfique sur l'équilibre glycémique du patient DT2. (grade AE)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.84

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	1	1	1	2	5	6	8	40	2

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.58	92.42

Expert	Commentaires
Expert 2	certes +++ mais les études ne précisent jamais perte de 5% de masse grasse mais 5% de perte de poids total en essayant de privilégier perte de MG. par ailleurs, la HAS n'a pas autorisé la prescription de mesure de la composition corporelle dans la prise en charge de l'obésité donc difficile de quantifier la perte de 5% de masse grasse. peut être ajouter la surveillance clinique par des tests fonctionnels (par exemple test du lever de chaise) que pas de sarcopénie induite par la perte de poids
Expert 4	"Perte de 5% de la masse grasse" Je n'ai jamais vu d'objectif de perte de poids fixé en % de perte de masse grasse ! D'ailleurs comment mesure-t-on cela en pratique clinique de ville habituelle ? L'objectif d'au moins 5% est sur le poids total
Expert 8	voir commentaires précédents la masse grasse est rarement mesurée je propose à la place : soutenir la prise de poids par des MTMV favorisant une alimentation équilibrée et la régulation du comportement alimentaire sur les signaux alimentaires internes (faim et rassasiement) a un impact positif sur l'équilibre glycémique du patient DT2
Expert 11	Même si je comprends l'objectif de perte de masse grasse, est-il possible de souligner à nouveau l'importance du risque de dénutrition chez le patient âgé ?

	(comme reco 115)
Expert 13	Sur la santé biologique certes, mais qu'en est-il de la santé mentale? Avant de définir des objectifs, il faut travailler avec la personne ce qu'elle souhaite pour elle.
Expert 16	L'obtention de la perte de poids s'obtiendra par une aide à la régulation quantitative : étude de l'axe comportemental renouer avec ses sensations alimentaires : faim/rassasiement, travail sur l'hyperphagie et sur la tachyphagie et gestion émotionnelle
Expert 20	Peu de médecins mesureront la masse grasse... restons simples : au moins 5% du poids
Expert 28	pourquoi inclure les patients en surpoids ici ? (50% de la population adulte française) : a-t-on une preuve de bénéfice clinique pour le patient en surpoids ? Pour le patient obèse, la réduction pondérale franche (> 10 kg étude DIRECT dans souvenirs permettait de "guérir" du diabète) mais qu'en est-il d'une réduction pondérale de 5% ? enfin, où est la preuve que la réduction pondérale chez le patient obèse est associée à un équilibre glycémique ?
Expert 30	Là encore le 5% est théorique. Nous sommes en AE. Etre plus prudent dans le phrasé.....
Expert 32	Formulation à revoir. "perte d'au moins 5% du poids corporel" (pas de monitoring/suivi systématique de la masse grasse)
Expert 35	Objectif de 5 à 10% du poids corporel initial : plus facile à quantifier que 5% de la masse grasse car nécessité impédancemétrie ??
Expert 36	Faut-il ajouter un délai pour la perte de poids ?
Expert 37	au moins 5% du poids corporel et non de masse grasse, objectif analysé dans les études, et l'immense majorité des médecins n'étant pas équipés d'impédancemétrie au cabinet
Expert 39	même commentaire sur la perte d'au moins 5% de masse grasse au diagnostic que précédemment sauf qu'ici, si masse grasse précisée et pas "poids", cela nécessite l'usage au moins d'un impédancemètre donc besoin d'un recours à un spécialiste EDN. Si "au moins 5% de masse grasse", décaler par homogénéité (cf mon commentaire précédent) à une masse grasse de référence à 1 mois du diagnostic de diabète, une fois le poids globalement stabilisé (si acidocétose au diagnostic, la masse grasse sera entamée aussi au départ, et se reconstituera ensuite, surtout i insulinothérapie !)
Expert 45	je mettrai "à chaque consultation" plutôt que "lors des consultations" mais c'est un détail
Expert 51	accompagnement parallèle par une équipe pluriprofessionnelle ambulatoire ou hospitalière pour l'accompagnement à la perte de poids
Expert 52	NB la surveillance du poids ne ressort pas suffisamment en amont pour le DT2 en situation générale Au-delà de l'objectif, toute perte de poids a un impact bénéfique sur l'équilibre glycémique du patient DT2 (sauf en situation d'insulinorequérance avec amaigrissement massif)
Expert 56	Prise de décision partagée. Certains patients ne souhaitent pas perdre de poids, pour des raisons culturelles, psychologiques, de bien-être...
Expert 62	Que signifie au delà de l'objectif : perte d'au moins 5 % ?
Expert 64	on ne mesure pas la masse grasse en routine!
Expert 65	- perte d'au moins 5% du poids (non de la masse grasse)...pour la plupart des patients DT2 en surpoids ou obèses. - impact bénéfique sur l'équilibre glycémique, lipidique et tensionnel du patient DT2

Proposition 112

R.112 L'alimentation est un élément majeur du traitement à combiner avec l'activité physique, l'APA et la modification globale du mode de vie. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.56

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	0	2	2	10	53	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
	4	
Nombre de réponses en %	2.90	97.10

Expert	Commentaires
Expert 4	Oui, bien sûr l'alimentation et l'activité physique sont important mais pas plus que la prise en charge du contexte psycho-social et du sommeil et des rythmes de vie. L'approche doit être holistique et ne pas se centrer que sur activité physique et alimentation. D'ailleurs c'est plus la prise en charge nutritionnelle que l'alimentation qui doit être considérée, l'approche nutritionnelle allant au delà de la simple alimentation.
Expert 8	à mettre avant la reco précédente voire suggestions en amont
Expert 32	Déjà dit, pas spécifique à cette population et redondant avec R.116. A regrouper et reformuler.
Expert 35	L'accompagnement psychologique et/ou psychiatrique est un élément essentiel également dans l'obésité ou le surpoids.
Expert 46	le rapport à l'alimentation
Expert 51	sommeil, stress, TCA, troubles endoc
Expert 52	"alimentation" fait un peu "épicerie"
Expert 53	Mettre plutôt la modification globale du mode de vie: alimentation équilibrée combinée à une activité physique adaptée sont un élément majeur du traitement
Expert 64	alimentation et comportement alimentaire gestion sommeil, stress
Expert 65	L'adaptation de l'alimentation est un élément majeur...
Expert 70	Importance d'évaluer la résilience du patient à tenir un projet global Avoir une approche intégrative Importance de l'union des professionnels des moments d'évaluation de synthèse et de co-construction des prises en charge devant ces patients complexes chroniques douloureux

R.113 La démarche éducative et au mieux l'éducation thérapeutique doivent être au cœur de la prise en charge. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.74

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	0	0	3	7	58	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.45	98.55

Expert	Commentaires
Expert 8	ne mettre que l'éducation thérapeutique au coeur de la pec
Expert 9	un peu langue de bois... !!!
Expert 32	Déjà dit, pas spécifique à cette population.
Expert 52	certes mais avec des résultats concrets plus que limités
Expert 53	l'ETP doit être au coeur de la prise en charge
Expert 56	Avec l'accompagnement du patient

Proposition 114

R.114 La démarche initiale doit être l'enquête alimentaire afin de comprendre et de connaître les habitudes du patient pour aller vers une alimentation plus équilibrée. La restriction calorique sans s'enquérir des habitudes du patient, de sa motivation, de ses possibilités de changement et de son entourage n'est pas recommandée. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.25

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	1	1	5	1	1	9	50	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.35	95.65

Expert	Commentaires
Expert 2	il faut écrire en toute lettre la recherche de TCA qui peuvent participer de la prise de poids et qui peuvent aussi induire des équilibres glycémiques
Expert 4	La démarche initiale doit être bien plus vaste que l'enquête alimentaire comme cela est bien décrit dans les recommandations sur l'obésité !
Expert 8	voir remarques déjà énoncées précédemment
Expert 9	Il est recommandé de ne pas promouvoir de restriction calorique sans s'enquérir des habitudes du patient, de sa motivation, de ses possibilités de changement et de son entourage (formulation plus forte que celle proposée)
Expert 13	et de la santé mentale.
Expert 14	L'enquête alimentaire doit intégrer les domaines psycho affectifs, socio professionnels et cognitifs afin de tendre vers une alimentation adaptée, nous revenons toujours au soignant formé.
Expert 16	L'enquête alimentaire portera sur une évaluation des habitudes alimentaires et ce qui peut faire obstacle au changement des habitudes -une éducation sur les glucides est nécessaire avec un choix éclairé selon la notion IG, les facteurs conditionnant l'effet hyperglycémiant d'un aliment ou d'un repas comme l'effet matrice, la présence de fibres, l'association avec d'autres aliments et la place des boissons sucrées.
Expert 32	Déjà dit, pas spécifique à cette population
Expert 35	La 2e phrase me pose problème car les restrictions caloriques et cognitives n'ont jamais montré leur

	efficacité sur du long terme (ANSES, régimes amaigrissants, pratique à risque - 2010). Je propose une nouvelle formulation : Les ajustements alimentaires, s'ils sont nécessaires, doivent tenir compte des habitudes du patient, de sa motivation, de ses possibilités de changement et de son entourage. Il ne s'agira pas d'une restriction calorique mais d'adaptations pour s'approcher d'un meilleur équilibre et déclencher une perte de poids durable et sans danger pour la santé globale du patient. La prise en soins d'une personne souffrant d'obésité doit être réalisée par des professionnels (diététicienne nutritionniste formée ou médecin nutritionniste formé) et passer par un accompagnement bio-psycho-sensoriel ou à travers l'approche de l'alimentation intuitive.
Expert 41	Des consultations de diététicien devraient être prises en charge.
Expert 53	Ne pas négliger dans ce contexte la composante psychologique
Expert 56	La restriction calorique n'est jamais recommandée, non ? Je crois qu'il existe des reco de la HAS "vantant" tous les méfaits de ces restrictions...
Expert 64	pas de terme restriction !!!
Expert 70	importance d'évaluer la résilience du patient à tenir un projet globale Avoir une approche intégrative Importance de l'union des professionnels des moments d'évaluation de synthèse et de co construction des prises en charge devant ces patients complexes chroniques douloureux

Proposition 115

R.115 La prescription d'un régime restrictif doit toujours prendre en compte le rapport bénéfice/risque. Les personnes âgées, surtout les plus fragiles, ne devraient jamais bénéficier de restriction quantitative ou qualitative, la prévention de la dénutrition et de la sarcopénie étant la priorité chez ces patients. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.92

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	3	1	1	1	4	1	2	9	46	1

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	8.82	91.18

Expert	Commentaires
Expert 2	dans les reco de fev 2023 obésité il n'a pas été recommandé de prescrire un régime restrictif il a été précisé de faire un déficit calorique de 500kcal par rapport à l'évaluation initiale pour induire une perte de poids
Expert 4	<i>On ne doit tout simplement pas prescrire de régime hypocalorique mais accompagner vers un travail prenant en compte les sensations alimentaires telles que la faim et le rassasiement. Les recommandations HAS obésité sont très claires sur ce sujet et il serait bien que la HAS ait des recommandations harmonisées entre elles.</i>
Expert 8	idem
Expert 14	le terme de "régime restrictif" est inadapté
Expert 16	même réponse que la proposition 39
Expert 28	proposition évoquant les sujets âgés : peut-être a réécrit en enlevant cet aspect sur une population spécifique obésité
Expert 32	Répétition. A supprimer.
Expert 35	Je ne suis pas d'accord avec l'idée de la prescription d'un régime restrictif (qualitatif ou quantitatif) dans le diabète de type 2 de la personne souffrant d'obésité : les restrictions caloriques et cognitives n'ont jamais montré leur efficacité sur du long terme (ANSES, régimes amaigrissants, pratique à risque - 2010). Reformulation : Les ajustements alimentaires doivent toujours prendre en compte le rapport bénéfice/risque. Il ne doit jamais être question de régime restrictif (restriction quantitative ou qualitative)

	quelque soit la population de patient.e.s, avec le risque de renforcer une restriction cognitive à risque de TCA pour tous et de dénutrition et de sarcopénie chez les personnes âgées. La prise en soins d'une personne souffrant d'obésité doit être réalisée par des professionnels (diététicienne nutritionniste formée et/ou médecin nutritionniste formé) et passer par un accompagnement bio-psycho-sensoriel ou à travers l'approche de l'alimentation intuitive afin de déclencher une perte de poids durable et confortable sans danger pour la santé globale du patient.
Expert 52	retirer "surtout" svp
Expert 53	Voir le rapport de l'ANSES sur la dangerosité des régimes restrictifs. La prescription et le suivi d'un régime restrictif doivent se faire par des spécialistes et que dans certaines conditions.
Expert 54	L'objectif est de tendre vers un rééquilibrage alimentaire, et non vers un régime restrictif non tenable à long terme.
Expert 64	pas de régime restrictif !!!
Expert 65	Seconde phrase, je préférerais cette formulation: Chez les personnes âgées, surtout les plus fragiles, une restriction quantitative ou qualitative ne devrait pas être conseillée, la prévention de la dénutrition et de la sarcopénie étant la priorité chez ces patients. (grade AE)
Expert 68	Même proposition de modification que précédemment pour la deuxième phrase de cette proposition

Proposition 116

R.116 Il est recommandé de mettre en place un plan global de modification thérapeutique du mode de vie MTMV associant activité physique et modification comportementale, en particulier avec une AP ou APA selon recommandations existantes (grade C)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.51

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	1	1	0	3	13	50	0

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	2.90	97.10

Expert	Commentaires
Expert 8	idem
Expert 13	En fonction de ce que souhaite le patient.
Expert 14	la mise en place d'un plan global de MTMV intègre une pluridisciplinarité
Expert 32	Cf commentaires précédents
Expert 35	Associant un suivi psychologique et/ou psychiatrique
Expert 55	ce n'est pas spécifique
Expert 58	si les patients peuvent avoir accès à un APA
Expert 70	Importance d'évaluer la résilience du patient à tenir un projet globale Avoir une approche intégrative Importance de l'union des professionnels des moments d'évaluation de synthèse et de co construction des prises en charge devant ces patients complexes chroniques douloureux

Traitement médicamenteux

Proposition 117

R.117 En ajout de la recherche de l'équilibre glycémique, et même à sa normalisation ou valeur constante d'HbA1C, la PEC médicamenteuse doit tenir compte des autres aspects associés des molécules notamment l'impact sur le poids. (grade C)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.53

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	0	0	3	12	48	3

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.08	96.92

Expert	Commentaires
Expert 1	La prévention des complications cardiovasculaires et rénale manque dans cette phrase et devrait être la priorité du traitement
Expert 8	voir remarque sur reco précédente
Expert 32	Formulation à revoir +++ Difficilement compréhensible. la prise en compte de l'effet pondéral des molécules a déjà été soulignée.
Expert 52	Notamment "de leur impact" sur le poids et la MAFLD

Proposition 118

R.118 En association de la MET :

Dès que la dose maximale tolérée de la MET est acquise et indépendamment de la valeur d'HbA1c, sous couvert d'un suivi rétinien (en raison du risque de baisse rapide de l'HbA1c), il est recommandé l'ajout de GLP1 à dose antidiabétique ou à dose anti-obésité (*selon AMM et conditions de remboursement en cours), si présence obésité (IMC supérieur ou égale à 30). (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.09

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	0	0	1	3	2	2	8	38	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	5.36	94.64

Expert	Commentaires
Expert 1	Et en l'absence de maladie athéroscléreuse établie qui serait une indication majeure à l'introduction de GLP1 AR quelque soit le dose de MET
Expert 2	malheureusement pour l'instant les prescriptions des analogues des GLP1 a doses obésité ne sont proposées que pour des patients avec IMC>35 (cf reco HAS sur ce sujet de dec 2022) >>> à harmoniser ++ ou donner cette meme opotunité aux patients atteints d'obésité mais sans diabète
Expert 8	mettre analogue du GLP-1 et retirer GLP1 à dose antidiabétique ou à dose anti-obésité qui est une distinction artificielle et peu pertinente
Expert 9	les suivi rétinien est un vœu pieu en pratique quotidienne compte tenu de la faible diponibilité des OPH : seul un suivi pondéral rapproché et une augmentation prudente et progressive de la posologie sont faisables
Expert 11	S'il y a un risque de baisse rapide de l'HbA1c, n'y a t il pas un risque de prescrire ces traitements indépendamment de l'HbA1c initiale ?
Expert 20	Si la limite est à 30, pourquoi intituler ce chapitre 'IMC > 35' ?
Expert 28	pourquoi placer la metformine en priorité dans la stratégie thérapeutique ? quel niveau de preuve ?
Expert 30	que faire si pas de metformine ?

Expert 32	A revoir. On parle ici de IMC > 35 et l'avis donne le seuil de 30, déjà discuté précédemment. Si la problématique est la prise en charge de l'obésité, possible de s'affranchir de la valeur d'HbA1c mais il faut l'exprimer clairement et, à ce moment là, on peut également s'affranchir du traitement par metformine. Pas clair du tout.
Expert 36	ajouter l'unité de l'IMC (kg/m2)
Expert 39	corriger: "si présence d'obésité" à la place "si présence obésité" corriger "aGLP1" au lieu de "GLP1" pour homogénéité de l'écriture sur tout le document, à vérifier Corriger "IMC supérieur ou égal" à 30.
Expert 41	après consultation d'un endocrinologue
Expert 45	si présence "d'une" obésité égal sans e idem commentaires précédent pour moi "à dose anti diabétique ou anti obésité" ne veut pas dire grand chose, ou alors il faudrait préciser ce qu'on entend par là
Expert 50	aGLP1 au lieu GLP1
Expert 52	que fait on d'un malade avec un IMC à 29 et un super syndrome métabolique avec HTG sévère + NASH : il faut qu'il prenne 4 Kg supplémentaire pour pouvoir accéder aux ag GLP1... ?
Expert 56	selon prise de décision partagée
Expert 65	Dès que la dose maximale tolérée de la MET (ajouter dose habituelle 2000 mg/jour)... Le suivi rétinien est souhaitable, pas facile d'avoir un rv ophtalmo... On pourrait plutôt souligner que la baisse de la glycémie doit être graduelle si le déséquilibre glycémique initial est majeur, en raison du risque d'aggravation d'une éventuelle rétinopathie préexistante

Proposition 119

R.119 la prescription des GLP1 à des doses anti-obésité doivent se faire , selon les modalités décrites dans les recommandations de bonne pratique en cours pour la prise en charge de l'obésité prise en charge de 2e et 3e niveaux. (grade C)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.72

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	3	7	45	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	voire remarques en amont
Expert 9	à préciser
Expert 32	"peut être envisagée" et non "doit se faire"
Expert 36	GLP1=>aGLP1
Expert 39	corriger pour "aGLP1" Corriger "doit" à la place de "doivent" se faire. Enlever la virgule après "se faire"
Expert 40	pb de phrase "les prescriptions ?"
Expert 44	idéalement en ayant pris l'avis auprès d'un spécialiste en EDN. La prise en charge du patient en situation d'obésité ne se limite pas à la prise en charge de son diabète. L'obésité est une maladie complexe. Le recours à des traitements anti obésité nécessite au moins un avis ponctuel, même si le suivi peut être fait selon les situations, par le médecin traitant.
Expert 50	aGLP1 au lieu GLP1
Expert 73	Même point d'attention en lien avec les tensions d'approvisionnement, mésusages et dernières recommandations de l'ANSM.

Proposition 120

R.120 La présence d'une stéatopathie ou d'une obésité sévère pourraient orienter préférentiellement vers un agoniste du récepteur au GLP1(grade C)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.53

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	1	1	3	8	41	14

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.82	98.18

Expert	Commentaires
Expert 8	idem
Expert 9	orientent
Expert 32	A revoir, nous sommes dans la population atteinte d'obésité de niveau 2/3. Revoir formulation +++
Expert 36	Récepteur du GLP1 plutôt que "au" GLP1
Expert 52	il aura fallu attendre la proposition 120 pour la modulation des indications selon la stéatohépatite quid de la barrière d'IMC que crée la proposition 119
Expert 62	Comme déjà dit pas d'étude comparative directe avec les iSGLT2 qui ont également montré un effet favorable sur des paramètres de la MAFLD. En cas d'obésité sévère, envisager aussi chirurgie (bariatrique/métabolique) comme alternative
Expert 65	stéatose hépatique plutôt que stéatopathie

Place de la chirurgie bariatrique ou métabolique

Proposition 121

R.121 La place de la chirurgie bariatrique est déterminée selon les indications et les recommandations de bonnes pratiques existantes et se décline selon le niveau de sévérité (obésité avec un IMC 30-35, obésité avec un IMC supérieur à 35). (grade AE)

Valeurs manquantes : 6

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.36

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	2	3	1	3	7	43	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.39	96.61

Expert	Commentaires
Expert 4	Je ne comprends pas IMC 30-35 ou IMC > 35 ? Le niveau de preuve est suffisant pour u IMC > 30 ?
Expert 20	La proposition est juste mais reste très imprécise
Expert 32	OK mais revoir formulation : "Le recours à la chirurgie bariatrique peut être discuté individuellement selon..."
Expert 39	Imprécisions: Dire dans la R 121 (obésité modérée définie par IMC supérieur ou égal à 30 et inférieur à 35, pour les patients vivant avec un diabète (chirurgie métabolique) ou si obésité sévère (IMC supérieur ou égal à 35 avec complications, ou IMC supérieur ou égal à 40, sans complication (chirurgie bariatrique).
Expert 52	il me semblait que la chirurgie métabolique avait bénéficié de propositions d'un GT HAS mais je n'avais pas compris que l'HAS avait désormais entériné la chirurgie bariatrique pour des IMC entre 30 et 35 !
Expert 64	peu de preuve entre 30-35 kg/m2

Proposition 122

R.122 Il existe une certaine variabilité de la normalisation glycémique après chirurgie bariatrique ou métabolique (amplitude de la réduction glycémique, désintensification médicamenteuse, durée de l'effet). En particulier chez les patients DT2, insulindépendants, patients avec longue durée de diabète connu, etc. (grade AE)

Les rémissions de diabète observées après chirurgie bariatrique sont souvent transitoires et donc une surveillance à long terme est préconisée sur le long terme, en particulier à l'occasion de circonstances connues pour altérer le contrôle glycémique (ex : corticoïdes, etc.). (grade AE) ,

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	0	1	2	1	7	10	33	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.64	96.36

Expert	Commentaires
Expert 2	les rémissions ne sont pas souvent transitoires: 30% seulement des patients qui étaient en rémission récidive s'ils reprennent du poids en particulier ++ (c'est l'élément le plus fort associé à la récidive) >>> l'indiquer dans la parenthèse avant les corticoïdes) par ailleurs on aurait pu citer ici les scores de diarem ou ad-diarem qui permettent de prédire la rémission après chirurgie et l'information du patient++ phrase à amender
Expert 4	"patients DT2, insulindépendants, " cette expression est un non sens qui entretient la confusion entre DT1 et DT2 fréquemment observée en médecine générale. On doit parler de DT2 traité par insuline et non de DT2 insulindépendant ce qui n'est pas du tout la même chose !
Expert 8	remplacer "insulindépendants" par "insulinorequérants" je suggère de faire référence aux futures recos de la HAS sur la chir bariatrique à paraître en janvier pour l'adaptation des traitements du DT2 après chirurgie
Expert 9	explicitement les termes bariatrique (le poids) et métabolique (le diabète)
Expert 18	rémission d'autant plus présente que le diabète est récent, la surveillance est indispensable

Expert 20	La première phrase est insuffisamment précise
Expert 32	A revoir entièrement. Trop de notions imprécises sans recommandation claire
Expert 36	Doit-on utiliser le terme "insulinoréquerant" plutôt qu'"insulinodépendant" ?
Expert 42	Coquille dans le texte, "une surveillance à long terme est préconisée sur le long terme" la "mention long" peut n'être citée qu'une seule fois
Expert 45	je mettrai "de la réponse glycémique" plutôt que "de la normalisation" car tous les patients ne se normalisent pas ? ou alors à formuler autrement car "variabilité de la normalisation" je ne trouve pas ça clair
Expert 52	évoquer les nécessité d'adaptations drastiques des traitements hypoglycémiantes en post op +++
Expert 53	"une surveillance à long terme est préconisée sur le long terme, en particulier à l'occasion de circonstances connues pour altérer le contrôle glycémique": supprimer un long terme
Expert 54	des séances d'éducation thérapeutique sont préconisées afin de maintenir les MTMV
Expert 62	Remplacer insulinodépendants par insulinorequerants ou insulinonécessitants
Expert 64	transitoires il faut préciser cela dure quand même plusieurs années et le bénéfice en terme de rémission reste supérieur chez les personnes opérées/sujets non opérés surveillance à maintenir au long cours, pas besoin de rajouter des circonstances
Expert 65	insulinorequerants plutôt que insulinodépendants
Expert 74	à revoir : donc une surveillance à long terme est préconisée sur le long terme

V.3 Personnes avec insuffisance cardiaque

Proposition 123

R.123 La metformine peut être maintenue chez les patients insuffisants cardiaques compensés en l'absence d'intolérance ou de contre-indication, afin d'atteindre l'objectif d'HbA1c fixé.(grade B)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.47

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	0	3	8	41	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 17	je mettrais ici un seuil chiffré
Expert 20	Peut ou doit ?
Expert 24	Scheen, A., J., et al.Utilisation de la metformine chez le patient diabétique cardiaque : balance bénéfices-risques. Rev Med Suisse. 2013; -1 (395): 1527; 1533.
Expert 52	certes mais il est préférable qu'ils soient sous gliflozine si ils sont bien équilibrés sous metformine en monothérapie
Expert 53	préciser la nécessité d'éduquer les patients en cas d'épisode de décompensation et peut-être éviter la MET chez les patients fragiles pour lesquels l'ETP n'est pas possible
Expert 62	Outre l'effet sur l'hbA1c, il y a également des études observationnelles qui plaident pour un effet plutôt bénéfique de la metformine dans cette population. Voir par exemple revues récentes dans : Salavatore T et al. Effects of Metformin in Heart Failure: From Pathophysiological Rationale to Clinical Evidence. Biomolecules 2021, 11(12), 1834. Schernthaner g et al. Metformin and the heart: Update on mechanisms of cardiovascular protection with special reference to comorbid type 2 diabetes and heart failure. Metabolism 2022,130, 155160.

Proposition 124

R.124 Tout patient diabétique et ayant une insuffisance cardiaque doit bénéficier d'un iSGLT2 en l'absence de contre-indication ou de mauvaise tolérance et quel que soit le taux d'HbA1c pour diminuer la mortalité et le risque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. (grade A)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 7

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.90

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	0	1	4	53	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Ajouter "quelque soit la valeur de la fraction d'éjection ventriculaire gauche"
Expert 9	en tenant compte des effets secondaires potentiels...
Expert 20	Avec ou sans metformine ? La proposition 66 préconise l'association SGLT2i + MET en cas d'insuffisance cardiaque
Expert 32	"traitement par iSGLT2"
Expert 41	Est-ce à dire bithérapie systématique ?
Expert 52	cette proposition logique rend tres ambiguë celle qui précède

Proposition 125

R.125 En cas d'intolérance ou de contre-indication, les analogues du GLP-1 sont une alternative aux iSGLT2 en association avec la metformine, mais doivent être évités en cas d'insuffisance cardiaque instable ou d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. (grade A)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.17

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	3	0	1	1	1	1	11	37	14

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.27	92.73

Expert	Commentaires
Expert 20	Ici, on remet la metformine... Pour les GLP-1 : évités ou utilisés avec prudence ? (très peu d'études +++)
Expert 24	et utilisés avec précaution si fraction d'éjection < 40%
Expert 31	"doivent être évités en cas d'insuffisance cardiaque instable ou d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque". (grade A) Ne figure pas dans les RCP...ni dans l'argumentaire
Expert 50	Données?
Expert 52	ne pas les présenter comme un alternative aux iSGLT2, -ce n'est pas le meme profil de cardioprotection pour ce qui est de l'insuffisance cardiaque (apanage des iSGLT2) - et surtout dans les essais cliniques ag GLP1 les DT2 sont obèses
Expert 53	les analogues du GLP-1 doivent aussi être évités chez les sujets IC présentant une dénutrition ou à risque de dénutrition
Expert 64	non il faut préciser une valeur de FE inférieure à 30% ou de la aucun pb à utiliser les GLP1

Proposition 126

R.126 La sitagliptine peut être utilisée en cas d'insuffisance cardiaque en cas de nécessité pour diminuer l'HbA1c car les données ne montrent pas de surrisque d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque. (grade B)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.13

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	1	1	1	2	13	35	13

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	7.14	92.86

Expert	Commentaires
Expert 1	En sus des autres classes ayant montré un bénéfice clinique et en l'absence de GLP1 AR
Expert 9	cf. prescrire...
Expert 24	contrairement à la saxagliptine qui doit être évitée
Expert 32	"pour améliorer le contrôle glycémique (HbA1c)"
Expert 37	uniquement en cas de contre-indication et/ou d'intolérance aux inhibiteurs de SGLT2 et des aGLP1
Expert 52	à ma connaissance seule la saxagliptine est incriminée, pourquoi de l'ostracisme versus la vildagliptine ? la phrase pourrait laisser penser qu'il y a cardioprotection, insister sur un effet neutre au plan cardioprotection pour lever toute ambiguïté
Expert 62	Faible niveau d'évidence (peu voire pas de données)
Expert 64	préciser si pas de GLP1 utilisable donc en pratique c souvent le refus du patient

V.4 Personnes avec maladie cardiovasculaire avérée

Les antécédents de complications macrovasculaires pouvant être considérés comme avérés sont :

- infarctus du myocarde (IDM) ;
 - atteinte coronarienne sévère (tronc commun ou atteinte tritronculaire ou atteinte de l'interventriculaire antérieur [IVA] proximal) ;
- atteinte polyartérielle (au moins deux territoires artériels symptomatiques) ;
 - artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) symptomatique ;
- accident vasculaire cérébral.

Proposition 127

R.127 En présence d'une maladie cardiovasculaire clinique avérée, il est recommandé de prescrire ou au moins d'envisager la prescription d'un SGLT2i E ou d'un GLP1ar, indépendamment de l'HbA1c et des autres traitements normoglycémiant, quitte à réduire les autres hypoglycémiantes pour prévenir le risque d'hypoglycémie si besoin.(grade A)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.54

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	3	1	2	2	49	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.72	98.28

Expert	Commentaires
Expert 1	Il faudrait préciser que c'est l'accident vasculaire cérébral ischémique qui qualifiant pour les études ayant montré ces niveaux de preuve
Expert 8	remplacer "autres" par "médicaments" mettre gliflozine plutôt que SGLT2i ? corriger : E ou
Expert 17	prudence si AVC ischémique
Expert 20	On devrait plutôt parler de maladie athéromateuse avérée au vu des items listés On s'exonère de la prescription de metformine alors que dans les études de sécurité cardiovasculaire 75 à 80% des patients sont traités par metformine

Expert 23	les glp1a doivent être proposés en première intention avant les isgl2 si pas d'ins cardiaque
Expert 32	NB +++ : la liste des critères ne correspond pas à la définition de la maladie CV avérée dans les RCT ou les recommandations/consensus actuels mais est une simple reprise des situation d'atteintes avancées dans les recos HAS2013. A revoir +++ Pourquoi abandonner ici le terme athéroscléreuse (ou artérioscléreuse) ? Si abandon (plus simple), le faire partout. Typo et formulation de l'avis à revoir.
Expert 41	même remarque : bithérapie avec MET ?
Expert 42	Coquille dans le texte, il semble y avoir un "E" en trop: "d'un SGLT2i E ou d'un GLP1ar"
Expert 45	sur les complications macrovasculaires je pensais que l'athérome carotidien > 50% même asymptomatique rentrait dans les critères (en tout cas cela rentre dans les critères du très haut risque cardiovasculaire selon ESC EASD)
Expert 50	Revoir initiales isgl2 et aGLP1, oublie « s » autre traitements normoglycemiant
Expert 52	je n'ai pas connaissance d'essais conduits spécifiquement chez des malades AOMI ou post AVC : les analyses des criteres secondaires voir tertiaire des CVOT a GLP1 montrent un bénéfice ischémique, le bénéfice ischémique des iSGLT2 me semble moins clair il ma parait difficile de mélanger toutes les situations pour les indications des deux molécules
Expert 55	en préambule je ne comprends pas pourquoi atteinte coronarienne SEVERE, il suffit qu'elle soit avérée.
Expert 57	plutôt que maladie cardiovasculaire clinique avérée qui peut inclure l'insuffisance cardiaque ou les troubles du rythme il pourrait être préférable de mettre maladie athéromateuse cardiovasculaire
Expert 65	- anti-hyperglycémiant plutôt que normoglycémiant et hypoglycémiant. - Pour toutes les propositions sur maladie cardiovasculaire (hors insuffisance cardiaque) il me parait plus logique de mentionner aGLP1 avant iSGLT2 du fait des effets anti-athéromateux démontrés des aGLP1. Donc dire la prescription d'un aGLP1 ou d'un iSGLT2.
Expert 67	les agonistes GLP-1 sont un meilleur choix que les iSGLT2 en cas de maladie cardiovasculaire athéromateuse (IDM, AVC)

Proposition 128

R.128 En présence d'une maladie cardiovasculaire clinique avérée, il peut être envisagé la prescription d'un SGLT2i et d'un GLP1ar, quand l'objectif l'HbA1c n'est pas atteint, quitte à réduire les autres hypoglycémiantes pour prévenir le risque d'hypoglycémie si besoin (gradeAE).

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 7.99

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	2	2	0	0	3	1	6	2	42	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.90	93.10

Expert	Commentaires
Expert 1	Compte tenu des bénéfices de ces classes thérapeutiques, je propose d'être plus tranché sur la reco "En présence d'une maladie cardiovasculaire clinique avérée, il doit être proposé la prescription d'un SGLT2i et d'un GLP1ar, quelque soit l'HbA1c obtenue, quitte à réduire les autres hypoglycémiantes pour prévenir le risque d'hypoglycémie si besoin
Expert 8	reco non pertinente car la précédente conseille de les utiliser quelle que soit l'HbA1c
Expert 23	les glp1a doivent être proposés en première intention avant les isgl2 si pas d'ins cardiaque
Expert 24	R.128 En présence d'une maladie cardiovasculaire clinique avérée, il est recommandé de prescrire ou au moins d'envisager la prescription d'un SGLT2i et d'un GLP1ar, quand l'objectif l'HbA1c n'est pas atteint, quitte à réduire les autres hypoglycémiantes pour prévenir le risque d'hypoglycémie si besoin (gradeAE)
Expert 32	Formulation à revoir +++ S'il s'agit de préciser la place de l'association d'un iSGLT2 et d'un aGLP-1R, proposition : "en présence d'une maladie CV avérée, l'association d'un iSGLT2 et d'un aGLP-1R peut être envisagée quand l'objectif d'HbA1c n'est pas atteint ou en situation d'obésité, en adaptant les traitements anti-hyperglycémiantes associés si nécessaire"
Expert 37	la prescription doit être envisagée y compris en cas d'objectif d'HbA1c atteint +++
Expert 45	il est recommandé, plus qu'envisagé ? cela est étonnant que ce soit recommandé sur la proposition 127 même si HbA1c normale et sur la 128 avec une HbA1c non à l'objectif, cela est seulement envisagé...

Expert 50	Revoir initiales isglT2 et aGLP1
Expert 52	oui association si composante insuf cardiaque chez un DT2 ayant présenté un IDM ou ayant une AOMI évoluée la restriction actuelle est extrêmement pénalisante pour les malades les plus graves
Expert 55	je ne vois pas l'intérêt vu la proposition 127
Expert 62	Quand l'objectif d'HbA1c n'est pas atteint : je préfère la formulation de la question précédente !!!
Expert 65	Je pense qu'il serait préférable de concentrer les messages des propositions 127 et 128 en une seule

Proposition 129

R.129 En présence d'une maladie cardiovasculaire asymptomatique avérée en imagerie / test fonctionnel, il peut être envisagé la prescription d'un SGLT2i ou d'un GLP1ar, indépendamment de l'HbA1c et des autres traitements normoglycémiants, quitte à réduire les autres hypoglycémiants pour prévenir le risque d'hypoglycémie si besoin. (grade B)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 3

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	1	0	2	0	3	8	42	12

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.79	98.21

Expert	Commentaires
Expert 6	il peut être envisagé la prescription d'un SGLT2i: à modifier
Expert 8	remplacer "autres" par "médicaments" mettre gliflozine plutôt que SGLT2i ?
Expert 23	les glp1a doivent être proposés en première intention avant les isgl2 si pas d'ins cardiaque
Expert 24	En présence d'une maladie cardiovasculaire asymptomatique avérée en imagerie/test fonctionnel, il est recommandé de prescrire ou au moins d'envisager
Expert 32	"maladie cardiovasculaire asymptomatique révélée par un examen d'imagerie vasculaire ou par un test fonctionnel," Cette question pourrait être réglée en amont avec une meilleure définition de la maladie CV avérée, en accord avec les recos/consensus actuels.
Expert 50	Revoir initiales isgl2 et aGLP1
Expert 52	si dysfonction systolique ou diastolique asymptomatique: iSGLT2 si score calcique à 400 (sans dysfonction VG) : ag GLP1 je suis réservé sur la confusion des indications
Expert 55	je ne garderai que la 129 en mettant il est recommandé grade A
Expert 65	normoglycémiants : même remarque

V.5 Patients avec une maladie rénale chronique

Les recommandations peuvent se référer aux récents travaux de la HAS en lien avec la thématique en particulier, le récent guide du parcours de soins « Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC), septembre 2023.

Proposition 130

R.130 En présence d'une maladie rénale chronique malgré traitement optimal (IEC/ARAI), il est recommandé de prescrire ou au moins d'envisager, si le débit glomérulaire le permet, la prescription d'un SGLT2i, indépendamment de l'HbA1c et des autres traitements normoglycémiant, quitte à réduire les autres hypoglycémiant pour prévenir le risque d'hypoglycémie si besoin.(grade A)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 6

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.69

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	0	1	4	7	46	11

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 1	Il manque la définition de la maladie rénale chronique combinant altération du DFG et RAC. KDIGO chrome-extension://efaidnbmninnibpcajpcglclefindmkaj/https://kdigo.org/wp-content/uploads/2022/03/KDIGO-2022-Diabetes-Management-GL_Public-Review-draft_1Mar2022.pdf
Expert 8	remplacer "autres" par "médicaments" mettre gliflozine plutôt que SGLT2i ?
Expert 20	Incohérence : la proposition 67 préconise l'association SGLT2i + MET en cas de maladie rénale chronique
Expert 32	Comme déjà signalé, revoir formulation : "MRC non contrôlée par un bloqueur du système RAA à posologie optimale / maximale tolérée..."
Expert 41	bithérapie avec MET ?
Expert 50	Revoir initiales isgl2 et aGLP1, oublie « s » autres traitements normoglycémiant
Expert 52	"maladie rénale chronique" terme trop vague
Expert 56	Même si traitement (IEC/ARAI) non optimal
Expert 62	définir la maladie rénale chronique paraît nécessaire

Expert 64	prescrire cela suffit
Expert 65	- normoglycémiant et hypoglycémiants : idem, remplacer par anti-hyperglycémiants. - "maladie rénale chronique malgré traitement optimal (IEC/ARAII)": l'idée est ici plutôt que cette maladie existe et que le traitement est optimal. Donc plutôt dire: En présence d'une maladie rénale chronique, chez un patient sous traitement optimal (IEC/ARAII) et ayant un bon contrôle tensionnel, ...
Expert 68	Peut-être rappeler les DFG en-dessous desquels on n'instaure pas les principales glifozines.

Proposition 131

R.131 En présence d'une maladie rénale chronique malgré traitement optimal (IEC/ARAI), et d'échec ou intolérance à un iSGLT2, il peut être proposé de privilégier un arGLP1 comme traitement normoglycémiant, indépendamment de l'HbA1c et des autres traitements normoglycémiant, quitte à réduire les autres hypoglycémiantes pour prévenir le risque d'hypoglycémie si besoin. (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.60

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	1	4	7	42	14

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	idem aux remarques précédentes
Expert 17	mettre le seuil
Expert 20	Place de l'association SGLT2 + AR GLP-1 en cas de maladie rénale chronique ?
Expert 32	"il est recommandé de privilégier"
Expert 50	aGLP1 au lieu ar GLP1, préciser le dfc limite de prescription
Expert 52	pas de connaissance suffisamment fine des essais avec end point rénaux impression que les ag GLP1 sont moins efficaces que les gliflozines
Expert 56	Même si traitement (IEC/ARAI) non optimal
Expert 62	Surtout utile si albuminurie positive
Expert 65	Mêmes remarques que dans 130

Proposition 132

R.132 Assurer le suivi et porter les points d'attention concernant la néphroprotecteur des patients DT2 selon les recommandations existantes (voir guide parcours de soins Maladie rénale chronique) (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.67

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	1	0	3	10	46	9

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 7	les ROSP disent que > 80% des patients traités par antidiabétiques ont au moins deux HbA1c / an mais seulement la moitié ont le couple DFG + RAC une fois / an
Expert 8	intégrer lien vers ces recos
Expert 32	Le simple renvoi est-il suffisant? Je pense qu'il faut préciser les principaux éléments de PEC, selon les recos existantes
Expert 52	certes mais l'intégration des gliflozines est la question contemporaine

V.6. Femmes enceintes ou envisageant de l'être

Il est rappelé que ces recommandations ne traitent pas du diabète gestationnel

Proposition 133

R.133 La grossesse doit être planifiée, ce qui implique une contraception efficace en l'absence de désir de grossesse et d'équilibre glycémique. (grade A)

L'HbA1c doit être inférieure à 6.5% en période pré conceptionnelle. En raison des risques de malformation corrélés à l'HbA1C, il est conseillé d'obtenir un équilibre glycémique sous les 2 mois avant le début d'une grossesse planifiée

Valeurs manquantes : 9

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.45

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	5	1	2	6	46	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 8	remplacer "sous les" par "au moins"
Expert 32	Préciser : "Il est rappelé que ... pas du diabète gestationnel mais de la grossesse chez une patiente atteinte de DT2" R.133 : Formulations à revoir +++ "et l'obtention d'un équilibre glycémique optimal avant arrêt de la contraception" "sous les 2 mois " ???
Expert 41	Une information doit être donnée à toutes les femmes DT2 en âge de procréer.
Expert 44	Une consultation pré-conceptionnelle avec un spécialiste en EDN et/ou un obstétricien doit être proposée.
Expert 45	je ne comprends pas la fin de la 1ère phrase "et d'équilibre glycémique"
Expert 51	l'HbA1c doit si possible être...
Expert 52	"sous" les deux mois ??? lors des 2 mois précédents... certes mais aucune info sur la stratégie: quand faire le switch pour l'insuline etc la grossesse chez une femme DT2 planifiée ou non est une situation peu fréquente et suffisamment complexe pour nécessiter une prise en charge diabète obstétricien spécialisée
Expert 56	On ne peut pas imposer une contraception efficace mais les femmes doivent être dûment informées des risques d'une conception dans un environnement métabolique non optimal

	L'objectif est d'obtenir une HbA1c < 6,5% de tendre vers ce taux.
Expert 62	"HbA1c doit être inférieure à 6,5%" : oui c'est l'idéal, mais parfois on est bien obligé de donner le feu vert si cet objectif s'avère impossible à atteindre
Expert 64	3 mois on ne contrôle pas l'HbA1c tous les 2 mois dans l'idéal 6 mois

Proposition 134

R.134 L'information de toute femme DT2 en âge de procréer est nécessaire concernant la nécessité de planifier une grossesse, la nécessité de viser une HbA1c

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.50

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	2	1	1	3	50	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	3.39	96.61

Expert	Commentaires
Expert 8	mettre "viser un objectif d'HbA1c" plutôt que "viser une HbA1c"
Expert 10	Parler de la consultation préconceptionnelle qui n'est jamais utilisée car inc connue des patientes ?
Expert 17	HbA1c à compléter
Expert 39	fixer le seuil de l'HbA1c à atteindre ? partie manquante ? HbA1C <6,5% ?
Expert 44	, idéalement dans le cadre d'une consultation pré-conceptionnelle avec un spécialiste en EDN et/ou un obstétricien.
Expert 45	manque la fin de la phrase < 6.5%
Expert 50	Redondant avec la précédente
Expert 51	à combien ?
Expert 53	"la nécessité de viser une HbA1c...." la phrase semble non finie, il semble manquer < 6.5%
Expert 55	je ne comprends pas la différence avec la 133
Expert 56	Proposition incomplète
Expert 60	la phrase n'est pas terminée non ?
Expert 65	viser une HbA1c < 6,5%

Proposition 135

R.135 La prise en charge doit être individualisée en milieu spécialisé, par le médecin EDN et en lien avec l'équipe d'obstétrique. (grade AE)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.61

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	0	3	5	50	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	de Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.64	98.36

Expert	Commentaires
Expert 9	il est ici question du diabète gestationnel !
Expert 18	quelle prise en charge ? une femme DT2 peut être prise en charge par un médecin EDN en ville
Expert 29	Je supprimerai "en milieu spécialisé". "par le médecin EDN et en lien avec l'équipe d'obstétrique" est suffisant
Expert 32	"par un médecin spécialiste en EDN"
Expert 65	La prise en charge de toute femme DT2 ayant un projet de grossesse doit ...
Expert 76	Surveillance ophtalmo aussi car la grossesse et l'insulinothérapie intensive sont des facteurs de risque d'évolution et de flambée vers une rétinopathie diabétique

Proposition 136

R.136 Il est recommandé (grade AE) :

- D'assurer une démarche centrée sur la patiente (prise en compte de ses besoins, préférences, contraintes et ressources, des effets indésirables) et d'assurer un processus de décision partagée
- De prendre en compte l'environnement social, familial et culturel de la patiente, son profil médico-psychologique (situation de fragilité, isolement, précarité) mais aussi ses capacités fonctionnelles et son niveau d'autonomie et du niveau d'accompagnement autour du patient (capacité à réaliser le traitement, capacité à assurer la surveillance de la glycémie, etc.)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.64

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	2	1	0	7	52	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	de Zone 1 à 4	de Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.59	98.41

Expert	Commentaires
Expert 8	l'objet de la décision partagée n'est pas indiquée
Expert 9	idem
Expert 29	Je trouve que cette partie manque de précision, c'est concernant l'alimentation et la surveillance glycémique ?
Expert 32	DMP
Expert 52	litanie déjà retrouvée à plusieurs étapes ici l'enjeu est également fœtal, est il envisagé de procéder à une démarche centrée sur le foetus (prise en compte de ses besoins, préférences, contraintes et ressources, des effets indésirables) ? :-)
Expert 55	même si cela n'a rien de spécifique

Proposition 137

R.137 Il est recommandé d'informer la femme enceinte DT2 sur la nécessité de maintenir les mesures MTMV, en particulier la pratique l'AP et APA selon les recommandations de bonnes pratiques en cours (Cf. APAPA femme enceinte) (grade AE)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 4

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.55

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	1	4	0	1	6	52	5

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.56	98.44

Expert	Commentaires
Expert 8	corriger APAPA
Expert 9	idem
Expert 32	A formuler sous forme de recommandation et non d'information
Expert 43	Éviter la position couchée à plat dos à partir de la 20e semaine de grossesse (la compression de la veine cave induit une inefficacité du retour veineux entraînant une diminution de la perfusion utéroplacentaire). Les activités à risques de chute ou exposées aux chocs et aux déplacements brusques (sports de glisse, activités en terrains instables, vélo, sport collectif, sport de combat, sports de raquette, jogging...) sont déconseillées. La plongée sous-marine (risque de décollement placentaire) et les activités en altitude (1800 m) sont à proscrire. Sources : Melzer K. et al. (2010). Effects of recommended levels of physical activity on pregnancy outcomes. American Journal of Obstetrics & Gynecology Artal R, O'Leary M et al (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the post-partum period
Expert 52	avec les limites plus haut de l'accessibilité effective aux programmes apa
Expert 65	et aussi de suivre les conseils diététiques. Opportunité d'une consultation de diététicien. Les besoins nutritionnels de la femme enceinte présentant un diabète sont les mêmes que ceux de la femme enceinte sans diabète.
Expert 70	Sortir des croyances et consolider les savoirs aussi chez les professionnels pour mieux accompagner les patients et patientes

R.138 Les glycémies doivent être maintenues aussi proches possible de la normale en tenant compte du risque d'hypoglycémie, en particulier pendant le 1er trimestre.

Il est donc conseillé que les glycémies à jeun restent inférieures à 0.95 g/L et les post prandiales inférieures à 1.20 g/L.

La patiente doit être informée du risque d'hypoglycémie associé à ces objectifs glycémiques. (grade B)

Valeurs manquantes : 7

Valeur minimum : 5

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.42

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	0	0	0	4	1	6	5	46	7

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	0.00	100.00

Expert	Commentaires
Expert 9	idem
Expert 20	Post prandiales à 2 heures
Expert 29	En cas de traitement hypoglycémiant
Expert 32	Préciser "post-prandiales (2h après les repas)"
Expert 39	rajouter le mot manquant : proches "que" possible
Expert 44	préciser: post-prandiale à 2h après le début du repas. Rajouter que l'auto-surveillance serait idéalement faite par Capteur de glucose en continu pendant la grossesse chez les patientes sont multi injection en rappelant les objectifs: Temmps dans la cible (63-140mg/dl) sup à 90%; temps en hypoglycémie inf à 5% ref Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, Amiel SA, Beck R, Biester T, Bosi E, Buckingham BA, Cefalu WT, Close KL, Cobelli C, Dassau E, DeVries JH, Donaghue KC, Dovc K, Doyle FJ 3rd, Garg S, Grunberger G, Heller S, Heinemann L, Hirsch IB, Hovorka R, Jia W, Kordonouri O, Kovatchev B, Kowalski A, Laffel L, Levine B, Mayorov A, Mathieu C, Murphy HR, Nimri R, Nørgaard K, Parkin CG, Renard E, Rodbard D, Saboo B, Schatz D, Stoner K, Urakami T, Weinzimer SA, Phillip M. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range. Diabetes Care. 2019 Aug;42(8):1593-1603. doi: 10.2337/dci19-0028. Epub 2019 Jun 8. PMID: 31177185; PMCID: PMC6973648.
Expert 52	ces objectifs optimaux sont atteigables lors du Diabete gestationnel, ils sont extrêmement difficile à obtenir avec une insulinothérapie je ne peux pas promouvoir des objectifs que je ne parvient pas à obtenir dans la majorité des cas
Expert 60	préciser que la post prandiale est à 2 heures

Proposition 139

R.139 L'insuline en multi-injection associant insuline lente et rapide est le traitement de choix. Les autres traitements doivent être arrêtés en pré conceptionnel et dès la découverte de grossesse, sauf la metformine qui peut être maintenue jusqu'à l'optimisation du traitement insulinaire. (grade B)

Valeurs manquantes : 9

Valeur minimum : 2

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.17

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	0	1	0	0	4	1	5	8	34	14

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	1.89	98.11

Expert	Commentaires
Expert 5	Une étude observationnelle récente portant sur 50 000 grossesses publié le 11/12/2023 dans le JAMA en se basant sur le consortium International safety study(comprenant une cohorte Nordique, une cohorte Nord-Américaine et une Israélienne) ne retrouve de risque accru de malformations avec les SGLT2-Inh, GLP1-receptor agonist, DPP4-I comparativement à l'insuline et/ou la metformine au moment de la période conceptionnelle. Si il reste souhaitable de recourir à l'insuline ou la metformine, il faut peut-être modulé cette recommandation. Article joint
Expert 9	idem
Expert 18	L'insuline lente seule ou l'insuline rapide seule peuvent être efficaces dans un premier temps , à évaluer avec CGM ou ASG pré prandiales et post prandiales
Expert 32	"associant une insuline basale et une insuline rapide"
Expert 36	Je dirais "analogue rapide" plutôt qu'"insuline rapide"
Expert 44	La metformine peut être maintenue jusqu'au diagnostic de grossesse (cf prise de position SFD 2023, avis n°28)
Expert 56	L'insuline en multi-injection associant insuline lente et rapide est le traitement de choix. Un traitement par pompe à insuline peut être envisagé
Expert 61	en préconceptionnel ? je ne comprends pas l'intérêt si l'équilibre est obtenu sous ADO et ceux ci interrompus dès la découverte de la grossesse
Expert 62	Cela veut-il dire que lorsque l'insulinothérapie est optimisée, la metformine doit être arrêtée ? Personnellement, je ne partage pas cet avis et je continue souvent la metformine (par exemple, en cas de

	surpoids/obésité).
Expert 64	ou pompe sc insuline
Expert 65	ajouter à la fin: en prenant l'avis d'un spécialiste EDN
Expert 76	Garder en tete qu'une insulinothérapie intensive peut favoriser une rétinopathie floride

Proposition 140

R.140 Durant la grossesse, l'équilibre glycémique doit être évalué par des glycémies capillaires pluriquotidiennes. L'utilisation d'un capteur de surveillance glycémique en continu peut être discuté au cas par cas avec l'équipe soignante. (grade AE)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 9

Moyenne : 8.11

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	2	1	3	1	2	8	40	10

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	6.90	93.10

Expert	Commentaires
Expert 8	pourquoi ne pas soutenir les capteurs glycémiques comme pour toute insulinothérapie dans le DT2 ?
Expert 9	idem
Expert 10	Ne peut on insister sur le capteur de surveillance glycémique continu qui faciliterait beaucoup la surveillance car les glycémies capillaires pluri quotidiennes sont souvent mal vécues.
Expert 17	si insuline alors capteur
Expert 32	"l'utilisation d'un dispositif de mesure continue du glucose (capteur) est préconisée si nécessité de recours à une insulinothérapie intensifiée, et peut être discutée au cas par cas dans les autres situations"
Expert 44	L'utilisation du CGM doit être systématiquement envisagé chez les patientes sous multi injection afin d'optimiser l'auto-surveillance
Expert 45	mais capteur non pris en charge dans cette indication toujours ?
Expert 51	devrait être conseillé...
Expert 52	si l'objectif est celui de r138 un capteur de glucose continu est indispensable il est illusoire de les obtenir effectivement avec des "glycémies capillaires pluriquotidiennes" il en faudrait 6 à 8 et le cout sera équivalent il faut donner les moyens des ambitions...
Expert 56	Proposition systématique d'un capteur dans une approche de prise de décision partagée
Expert 64	non mesure continue du glucose interstitiel

Proposition 141

R.141 Recommandation pour la recherche clinique :

Il est à noter que l'expérience clinique de l'utilisation des insulines Degludec et Glulisine est très limitée et mériterait l'acquisition de données complémentaires sur cette population. « AMM ». (grade AE)

Valeurs manquantes : 9

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 9

Médiane : 8.5

Moyenne : 7.72

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nombre de réponses	1	0	1	0	7	2	2	12	25	17

Distribution par zone en pourcentage excluant les valeurs de type Je ne peux pas répondre

Echelle de cotation	Zone 1 à 4	Zone 5 à 9
Nombre de réponses en %	4.00	96.00

Expert	Commentaires
Expert 5	On peut ajouter une autre recommandation: intérêt d'études complémentaires avec les nouveaux hypoglycémifiants oraux.
Expert 8	pas du registre de la HAS
Expert 9	idem
Expert 32	A positionner en fin de recos, cf commentaires précédents.
Expert 44	La proposition n'est pas claire pour le clinicien. 1) ces insulines peuvent-elles être utilisées? 2) l'acronyme "AMM" en fin de proposition ; que signifie-t-il ici? que cette prescription est hors AMM? que l'on doit permettre de valider l'AMM dans cette indication? Il serait aussi utile de recommander des études pour l'intérêt du CGM dans la grossesse des femmes avec DT2 et pour l'utilisation de la metformine
Expert 51	y compris xultophy
Expert 56	Pas vraiment grand intérêt
Expert 65	Aussi études sur la place de la metformine pendant la grossesse

Questions générales sur l'ensemble des documents

Proposition 142

Ces recommandations ont été rédigées par un groupe de travail après avoir pris connaissance des données bibliographiques disponibles, synthétisées par un chargé de projet dans le document intitulé « argumentaire scientifique ». En effet le chargé de projet, au cours d'une phase dite de revue systématique et de synthèse de la littérature, rédige un argumentaire scientifique dans lequel sont réalisées une analyse critique et une synthèse de la littérature retenue (après une recherche bibliographique systématisée afin d'identifier et de sélectionner les références conformes aux critères de sélection préétablis).

Avez-vous des commentaires concernant le document intitulé « argumentaire scientifique » ?

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.84

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	11	57

Expert	Commentaires
Expert 1	Préciser accident vasculaire cérébral ischémique page 171 de l'argumentaire et page 33 des reco car les AVC hémorragiques ne sont classiquement pas inclus dans ces antécédents qualifiants
Expert 2	Très bon document bravo pour le travail réalisé Un bémol sur l'absence de notion de dépistage des TCA qui sont présents aussi dans cette population de patients atteints de DT2 et qu'il faut savoir dépister et traiter pour prendre en charge le poids (permettre les 5 à 10% de perte de poids) ainsi qu'améliorer l'équilibre glycémique dans tout le document il existe des éléments de discrimination on ne dit plus patients diabétique mais personne atteinte de DT2 idem pour l'obésité >> à amender SVP Remarque mineure mais à prendre en compte pour la qualité du document: Revoir orthographe de tout l'argumentaire ainsi que typos et quelques passage où l'anglais n'a soit

	pas été traduit (ex p80) soit mal traduit ex : dietetiste pour diététicienne soit du francglais avec alternance français et anglais p82 ceci ne sont que quelques exemples mais il convient de relire l'ensemble du document et les traductions de toutes les ref ou se sont glissées de nombreuses fautes qui altèrent la qualité du document idem certaines recommandations ne sont pas écrite en français et méritent d'être relues et corrigées dans la syntaxe.
Expert 11	Bravo pour ce gros travail
Expert 17	la methode GRADE pour les preuves serait un plus ! (mais méconnue souvent)
Expert 20	Il manque SFD 2023 et ESC 2023
Expert 27	On voit que c'est un brouillon. Il y a des efforts à faire sur la forme. Des parties sont répétées. Certaines arrivent au mauvais endroit il me semble. Par exemple la "chirurgie métabolique" est évoquée dans "trithérapie et insulinothérapie puis plus loin à la bonne place.
Expert 32	Comme pour la synthèse des recommandations, il est nécessaire de revoir de nombreux points, en particulier sur la forme.
Expert 43	Il me semble intéressant d'ajouter les références bibliographiques sus-cités dans mes commentaires en lien avec l'APA.
Expert 53	manque de temps pour pouvoir approfondir la lecture des documents et en faire une analyse précise.
Expert 56	Énorme travail !
Expert 64	parler de personnes vivant avec un diabète et non de personnes diabétiques mentionner les patients experts et associations de patients et leurs rôles potentiels
Expert 65	Document de bonne qualité scientifique et bien balancé. Beaucoup de fautes d'orthographe ou de typo à corriger. Je tiens à votre disposition le document avec mes annotations. Il n'est pas possible de le charger ici car trop volumineux. Harmoniser le terme sur les médicaments "du diabète": éviter antidiabétiques (car on n'oeuvre pas contre les diabétiques...). Le terme le plus utilisé actuellement est anti-hyperglycémiant (notamment SFD). Et ce ne sont pas non plus des normoglycémiant (on aimerait bien) ni des hypoglycémiant (ce qui fait comprendre qu'ils induisent forcément des hypoglycémies). Beaucoup de personnes rigoristes actuellement souhaitent qu'on dise "patients vivant avec un diabète" plutôt que diabétiques. Cela me parait assez "lourd". Il me semble au minimum plus respectueux de dire patients diabétiques plutôt que les diabétiques. Il y a par endroits des paragraphes qui apparaissent en double, par exemple pages 62-63 et pages 141-142.

Proposition 143

La méthodologie employée pour l'élaboration des recommandations est clairement présentée ? (si non, préciser d'autres informations nécessaires)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.03

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	66	2

Expert	Commentaires
Expert 17	il faudrait une justification biblio mais ça serait trop lourd
Expert 50	Il serait intéressant d'ajouter des arbres décisionnels

Proposition 144

Les enjeux, objectifs et limites, ainsi que la population cible et les professionnels concernés sont clairement présentés ?

Valeurs manquantes : 9

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.12

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	59	8

Expert	Commentaires
Expert 6	le rôle des IDE libéraux dans la gestion du traitement chez le patient non autonome n'est pas mentionné
Expert 7	le risque iatrogène est très réel et le pharmacien nulle part le médecin c'est large (généraliste, traitant, spécialistes, biologiste...) IPA et sage femme ? inconnues ? ETP ? CPTS ? enfin les associations de patients rôle du pharmacien : Coprescription implicite (insuline/glucagen) ; risque de cétose /moyen de l'identifier ; risque d'hypoglycémie / lecteur voire capteur
Expert 8	dommage de ne pas avoir inclus dans ces recos les critères diagnostiques du DT2, notamment de ne pas avoir reconsidéré la place de l'HbA1c et d'avoir conservé l'HGPO
Expert 9	ambiguïté sur diabète gestationnel

Expert 16	les professionnels concernés ne sont sauf erreur de ma part mal identifiés
Expert 33	La place de l'infirmière dans l'éducation thérapeutique
Expert 43	Quand vous mentionnez l'APA, je préciserai entre parenthèse les professionnels en APA pour aider à l'orientation vers le bon effecteur selon le niveau de recours (i.e., enseignant en APA, Kinésithérapeute ou ergothérapeute).
Expert 50	La manière d'écriture tendrait à adresser avant tout à des médecins généralistes ou d'autres médecins, non spécialisés dans le diabète. Cependant, si il s'agit de cette population cible de nombreux éléments sont manquants (contre indications des traitements, posologie, association médicamenteuse à éviter, PEC des comorbidités.).
Expert 65	L'accent est fortement mis sur AP et APA, avec les possibilités d'accès renforcées, ce qui est un point fort. On voit moins le rôle d'autres paramédicaux. Tout particulièrement le métier de diététicien ou diététicienne n'est pas ou très peu mentionné. On parle d'éducation thérapeutique incluant l'alimentation. Des expressions comme conseils diététiques ou accompagnement diététique (comment aider le patient en pratique) seraient bienvenus ainsi que des moyens pour favoriser l'accès à ces professionnels avec une PEC par l'assurance maladie seraient plus précis et bienvenus.
Expert 74	les limites que représentent l'accès à un endocrino/diabéto et à un programme d'ETP sont peu soulignées. Pourtant à certains endroits cet accès est catastrophique
Expert 76	Dans le paragraphe V Prévoir un paragraphe V-7 concernant l'atteinte ophtalmologique (rétinopathie et maculopathie diabétique)

Proposition 145

Toutes les informations scientifiques disponibles à ce jour sont présentées ? (Si non, merci de nous envoyer les articles manquants)

Valeurs manquantes : 10

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.17

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	55	11

Expert	Commentaires
Expert 2	ajouter la dernière prise de position de la SFD parue en déc 2023

Expert 5	Article très récent du JAMA (décembre 23) joint à ce document
Expert 11	Voir pour intégrer prise de position SFD Décembre 2023
Expert 16	difficile de répondre à cette question
Expert 35	Concernant la prise en soins nutritionnels des patients, il manque les pistes de l'approche bio psychosensorielle et/ou d'alimentation intuitive. - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15942543/ : Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, femal chronic dieters - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26991542/ : Intuitive eating is inversely associated with body weight status in the general population-based NutriNet-Santé study - https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32232778/ : Intuitive eating is associated with glycemic control in type 2 diabetes
Expert 37	dernière prise de position de la Société Francophone du Diabète SFD de 2023 https://www.sfdiabete.org/recommandations/referentiels
Expert 43	Les références sont dans les commentaires apportés au fur et à mesure des propositions faites par le groupe de travail.
Expert 44	Il aurait été intéressant que la HAS évoque les double agonistes GIP-GLP1 (Tirzepatide) qui a obtenu une AMM et dont la demande de remboursement est en cours. Même si ce médicament n'est actuellement pas disponible, compte tenu des résultats importants des études avec ce traitement et comme la HAS ne peut pas faire de mise à jour régulière, l'avis du GT aurait été pertinent. On peut d'ailleurs de référer à la prise de position de la SFD 2023 (Darmon P, et al. Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements anti-hyperglycémiant dans le diabète de type 2 - 2023. Med Mal Metab (2023), 10.1016/j.mmm.2023.10.007) et des Standards of care de l'ADA 2023.
Expert 53	dernière prise de position de la SFD 2023 https://www.sfdiabete.org/sites/www.sfdiabete.org/files/files/ressources/1-s2.0-s1957255723002298-main.pdf Fichier non télécharger car trop lourd
Expert 62	NB: aucune mention du tirzépate qui risque d'arriver sur le marché en France dans la foulée de la sortie de ces recommandations de l'HAS. Cela mériterait peut-être une petite note (d'autant plus que le tirzépate est mentionné dans le consensus ADA/EASD et dans la prise de position de la SFD).
Expert 63	cf références proposées
Expert 64	référentiel SFD 2023
Expert 65	- ESC 2023 guidelines: Marx et al. Eur Heart J. 2023 Oct 14;44(39):4043-4140. - Prise de position de la Société Francophone du Diabète (SFD) sur les stratégies d'utilisation des traitements antihyperglycémiant dans le diabète de type 2 - 2023 - Risk stratification and screening for coronary artery disease in asymptomatic patients with diabetes mellitus: Position paper of the French Society of Cardiology and the French-speaking Society of Diabetology (PJ) - Concernant la dapagliflozine: testée avec succès chez les patients insuffisants cardiaques à FEVG préservée: Solomon et al. N Engl J Med. 2022 Sep 22;387(12):1089-1098.
Expert 76	Zhang X, Zhao J, Zhao T, Liu H. Effects of intensive glycemic control in ocular complications in patients with type 2 diabetes: a meta-analysis of randomized clinical trials. Endocrine. 2015 May;49(1):78-89. doi:

10.1007/s12020-014-0459-8. Epub 2014 Oct 30. PMID: 25355306.

Liu Y, Li J, Ma J, Tong N. The Threshold of the Severity of Diabetic Retinopathy below Which Intensive Glycemic Control Is Beneficial in Diabetic Patients: Estimation Using Data from Large Randomized Clinical Trials. J Diabetes Res. 2020 Jan 17;2020:8765139. doi: 10.1155/2020/8765139. Erratum in: J Diabetes Res. 2020 Jun 25;2020:5498528. PMID: 32016124; PMCID: PMC6988671.

Zhu C, Zhu J, Wang L, Xiong S, Zou Y, Huang J, Xie H, Zhang W, Wu H, Liu Y. Development and validation of a risk prediction model for diabetic retinopathy in type 2 diabetic patients. Sci Rep. 2023 Mar 28;13(1):5034. doi: 10.1038/s41598-023-31463-5. PMID: 36977687; PMCID: PMC10049996.

Lam PY, Chow SC, Lam WC, Chow LLW, Fung NSK. Management of Patients with Newly Diagnosed Diabetic Mellitus: Ophthalmologic Outcomes in Intensive versus Conventional Glycemic Control. Clin Ophthalmol. 2021 Jun 25;15:2767-2785. doi: 10.2147/OPHTH.S301317. PMID: 34234400; PMCID: PMC8243595.

Feldman-Billard S, Larger É, Massin P; Standards for screening and surveillance of ocular complications in people with diabetes SFD study group. Early worsening of diabetic retinopathy after rapid improvement of blood glucose control in patients with diabetes. Diabetes Metab. 2018 Feb;44(1):4-14. doi: 10.1016/j.diabet.2017.10.014. Epub 2017 Nov 11. PMID: 29217386.

Proposition 146

Les recommandations correspondent aux informations analysées ? (Si non, proposer une formulation plus adaptée)

Valeurs manquantes : 9

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.03

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	65	2

Expert	Commentaires
Expert 1	CF commentaires spécifiques que j'ai formulés dans certaines cases Je pense que les reco concernant les interventions thérapeutiques restent trop gluco centrées et mettent au second plan la prévention des complications cardiovasculaires et rénales alors que les reco internationales ont depuis plusieurs années choisi de mettre au premier plan cette prévention et de moins prioriser le contrôle glycémique
Expert 32	Voir commentaires et propositions pour chacun des items.

Expert 35	J'ai proposé des reformulations pour les recommandations n°37,38,39,49,96,111,112,114,115,116.
Expert 52	pour la majorité
Expert 53	manque de temps pour pouvoir approfondir la lecture des documents et en faire une analyse précise.
Expert 65	sauf mes remarques sur la diététique. Aussi, concernant les aGLP1, la perte de poids est en moyenne plus forte que sous iSGLT2 et à dose "anti-obésité" de nombreux patients perdent 15 voire 20% du poids corporel en sachant toutefois que la perte est moindre pour les patients obèses diabétiques que pour les patients obèses non diabétiques.

Proposition 147

La présentation des recommandations est claire et adaptée aux pratiques professionnelles ? (Si non, proposer une formulation plus adaptée)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 1

Moyenne : 1.15

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	58	10

Expert	Commentaires
Expert 5	Les néphrologues ne sont pas repris dans la liste des professionnels concernés alors que le diabète représente environ 40% des patients arrivant en IRCT
Expert 7	sauf l'APA traduite en intensité / durée presque en watt je préférerais des distances, durées voire vitesse
Expert 8	nombreuses formulations peu adaptées ou hétérogènes entre les recos (voir remarques) plusieurs redondances (répétitions de recos entre la partie généralités et les situations spécifiques)
Expert 9	sauf les suivi rétinien ..
Expert 17	c'est clair et concis dans ça sera lu : bravo !
Expert 19	Présentation adaptée. Le choix de présentation par population conduit parfois à des redites. Mais ces redites paraissent nécessaires.
Expert 20	IL manque des algorithmes / arbres décisionnels et peut-être un tableau récapitulant les avantages et inconvénients des principales classes thérapeutiques
Expert 26	Clair et simple à comprendre
Expert 29	Commentaires formulées plus haut. De manière plus générale, une recommandation de bonne pratique n'a pas besoin amha de préciser "si

	possible" (en terme de ressources à mettre en place). Je trouve que ça laisse la place à un satisfecit, notamment l'absence de recours au spécialiste EDN.
Expert 30	D'une manière générale, il manque le circuit patient sur le long court. Toutes ces recommandations tiennent compte d'une prise en charge en aigue. Mes commentaires avaient pour but d'identifier les moments/étapes ou les charnières du circuit patient / arbre décisionnel de PEC peut apparaître.
Expert 32	Voir commentaires et propositions pour chacun des items. De nombreux points ne me semblent pas suffisamment précis pour guider la pratique des médecins/soignants prenant en charge le DT2.
Expert 34	parfois des redites , peut etre synthétiser un peu plus
Expert 40	oui elles sont très précises
Expert 50	Organigramme, tableau synthétique résumant les traitements et règles hygiéno dietétiques
Expert 51	Y aura t il des schémas de synthèse ?
Expert 52	il faut des synopsis illustrant la stratégie thérapeutique du contrôle glycémie lors du DT2 selon les différentes situations ++++
Expert 53	Quelques propositions manquent de clarté (signalé au fur et à mesure des propositions)
Expert 55	cf 148
Expert 56	Difficile de dire "oui" ou "non", ça dépend desquelles. Reformulations ont été proposées pour chacune d'entre elles, le cas échéant.
Expert 58	Pas toujours (cf remarques ci-dessus)
Expert 62	Dans toute la mesure du possible, en sachant que la situation de 2024 est beaucoup plus complexe que celle de 2013 !
Expert 68	Il y a beaucoup de propositions "de bon sens" dans ces recommandations, qu'il est bien évidemment important de faire. Cependant, les recommandations les plus impactantes pour la pratique médicale (notamment sur les médicaments de première ligne, informations que les médecins viendront sans doute prioritairement rechercher dans le document) se retrouvent un peu "noyées". Il sera peut-être important de travailler sur un document ou un tableau de synthèse sur ce point.
Expert 72	Présentation des options thérapeutiques plutôt sous forme de logigramme ou de schéma pour une meilleure lisibilité

Proposition 148

Avez-vous des commentaires généraux à faire sur le texte des recommandations ?

Valeurs manquantes : 9

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.69

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	21	46

Expert	Commentaires
Expert 1	La section 2.5 concernant les patients avec une maladie rénale chronique mériterait un rappel des définitions combinant DFG et RAC
Expert 2	oui mais déjà écrite en proposition 142
Expert 4	Utiliser "personne vivant avec un diabète de type 2" à travers tout le texte ou à défaut "patients vivant avec un DT2"
Expert 5	La place concernant la prise en charge non-médicamenteuse est importante. ne faudrait il pas donner moins d'information sur cet aspect et être par contre plus incitatif sur les mesures les plus importantes qui sont loin d'être toujours mises en place, par exemple l'éducation thérapeutique visant à autonomiser les patients ? Ce n'est qu'une question pour éviter que l'ensemble de ces recommandations (prise en charge nutritionnelle, lutte contre la sédentarité et éducation thérapeutique) ne restent que des "vœux pieux".
Expert 8	bravo au groupe de travail pour l'évolution des recos concernant la prise en charge médicamenteuse qui est plus en phase avec les pratiques des spécialistes EDN néanmoins beaucoup de fautes d'orthographe et de syntaxe à corriger
Expert 9	il manque, dans la partie recommandations, en tête de chapitre sur le traitement médicamenteux, un paragraphe spécifique sur la metformine : modalités d'administration, mise en route du traitement, posologie en cas d'insuffisance rénale. Les informations existantes sont disséminées
Expert 17	C'est très bien car c'est clair et concis vous avez pensé au lecteur !
Expert 20	Bannir les inhibiteurs des alphaglucosidases Bannir les sulfamides et le répaglinide chez les sujets fragiles Clarifier la position sur la metformine : première ligne ? quid chez les patients avec maladie athéromateuse, insuffisance cardiaque ou maladie rénale chronique ? Clarifier la position des gliflozines chez le sujet âgé Discuter de la place de l'association gliflozine + AR GLP1 Discuter de la place de l'association insuline basale + AR GLP-1
Expert 32	En l'état, le texte est d'une qualité nettement insuffisante pour être diffusé. Si l'on perçoit bien l'esprit des propositions émanant du groupe de travail, un gros travail d'écriture reste à fournir pour améliorer les formulations et uniformiser l'ensemble du texte. Il me semble que certains passages des recos HAS2013 et du consensus SFD, récemment actualisés, pourraient aider efficacement à ce travail d'écriture.

	L'enjeu est majeur pour les personnels de santé mais également pour la formation des futurs soignants puisque ces recommandations HAS serviront de référentiel pour l'enseignement de la PEC du DT2.
Expert 40	je crains que cela représente beaucoup d'informations et de savoir faire médical pour une pratique de terrain qui est déjà difficile pour les praticiens généralistes qui sont débordés et ne sont peut être même pas en mesure de les consulter... ce d'autant que les recommandations sont multiples dans toutes les spécialités médicales il faudrait peut être réfléchir à simplifier les messages et les diffuser régulièrement pour les amener à les consulter , envoi de mails par exemple
Expert 41	Proposer un arbre décisionnel et repréciser la place de la metformine
Expert 44	Globalement, ces recommandations sont claires, en adéquation avec les recommandations internationales et celles des sociétés savantes. - utiliser la terminologie patient avec diabète au lieu de patient diabétique - promouvoir la prise en charge du sommeil On peut remercier le groupe de travail de son engagement pour la promotion des médicaments qui permettent d'améliorer les patients avec DT2 et présentant des pathologies.
Expert 46	mettre un paragraphe sur la pluriprofessionnalité, les parcours en soins primaires au sein des MSP, CPTS et sur les nouveaux acteurs comme l'ide asalée, IPA et médiateurs en santé
Expert 50	De nombreuses phrases sont redondantes, le style d'écriture n'est pas toujours très fluide
Expert 52	1) la nash et ses conséquences : cirrhose métabolique sont scotomisées une seule reco vague en 120° position 2) on ne perçoit pas les différences d'indication entre les gliflozines et les agonistes du GLP1 3) on dissimule le fait que chez un DT2 insuffisant cardiaque ou insuffisant renal protéinurique la monothérapie de premiere ligne est une gliflozine en 2024 4) la notion de syndrome métabolique (voire de lipodystrophie) est éludée alors qu'elle devrait avoir des conséquences majeures en termes de choix orienté vers les ag GLP1
Expert 53	La place du médecin spécialiste EDN n'est pas claire et sera peut-être approfondie dans le document sur les parcours de patients diabétiques de type 2. La prise en charge des sujets de plus de 75 ans qui est une problématique fréquente car le DT2 est une pathologie survenant avec l'age, pourrait être plus approfondie et détaillée en fonction des comorbidités et de la fragilité.
Expert 55	je trouve la partie mode de vie très redondante dans les propositions qui sont trop nombreuses, ce qui peut rebuter le praticien. Il vaut mieux des recommandations concises qui ne se répètent pas. La partie ETP par contre est succincte (préciser les objectifs pour que le praticien puisse rebondir dessus)
Expert 56	Pas suffisamment pratiques pour un certain nombre de proposition. Manque de schémas d'algorithmes et de tableaux. Nécessité de préciser plusieurs points insuffisamment clairs.
Expert 65	Concernant les aspects diététiques, plus de précisions et de messages positifs seraient bienvenus. Dans l'argumentaire: Document HAS 2014 (cité page 57): plutôt bien. Mais revoir la phrase: "La répartition glucidique optimale semble être 10 à 20 % des apports totaux au petit déjeuner ainsi que 40 à 45 % des apports totaux au déjeuner et au dîner. Et 8 g de sel par jour: c'est beaucoup... Attention à la réduction des apports glucidiques telle que formulée page 62.

	Dans les propositions, essayer d'expliciter à quoi correspond le régime méditerranéen. Dans les conclusions, insister plus sur les types de graisses, la réduction des sucres ajoutés, la réduction du sel. Dans certaines propositions, on a l'impression qu'on alerte beaucoup plus sur le risque de dénutrition au lieu de véhiculer des messages positifs sur les ajustements diététiques nécessaires.
Expert 68	Mêmes éléments qu'en introduction: -éviter le mot "sujet" pour parler de "personne" -le risque d'hypoglycémie est mis en avant chez les personnes âgées, aussi parler des bornes inférieures de cible d'HbA1c aurait vraiment été intéressant
Expert 76	Pouvoir une section spécifique concernant l'ajustement du traitement du diabétique selon l'atteinte oculaire

Proposition 149

D'autres informations seraient utiles ? (Si oui, préciser lesquelles)

Valeurs manquantes : 9

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.71

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	20	47

Expert	Commentaires
Expert 6	la fréquence du dépistage de la MRC et les critères d'adressage d'un patient DT2 au néphrologue pourraient être ajoutés (cf recommandations HAS MRC)
Expert 7	que les biologistes qui relèvent deux glycémies > 1g26 distantes informe le patient du diabète (la définition est biochimique)
Expert 8	la partie "conseil nutritionnel" est insuffisamment développée et trop centrée sur des objectifs pondéraux, pas suffisamment d'indications sur l'alimentation à préconiser alors que beaucoup de conseils inappropriés en premier recours (d'ailleurs souligné par le groupe de travail)
Expert 16	diab et IRC : particularité 0.8g/kg/j de protéines sel < 6g en cas d'IRC ou CV ref "KDOQI clinical practice guideline for nutrition in CKD : 2020 update page S44"
Expert 18	peut-être les études cliniques sur l'utilisation de degludec chez les femmes enceintes
Expert 32	Schémas/arbres décisionnels.

Expert 34	un arbre décisionnel simple et concis permettrait une prise en main plus rapide pour le professionnel
Expert 36	Des algorithmes décisionnels vont-ils être associés ?
Expert 38	faudrait il faire des reco ophtalmologiques en plus ?
Expert 41	Intérêt d'une prise en charge pluri-professionnelle : Médecin Pharmacie, infirmier, diététicien, coach sportif
Expert 50	contre indications des traitements, posologie, association médicamenteuse à éviter, PEC des comorbidités Conduite à tenir avec la metformine en cas de fièvre, insuffisance organe aigue , scanner, idem pour islg2 Dépistage de cétones pour les patients sous insuline, conduite à tenir Conduite à tenir en cas d'hypoglycémie sévère, resucrage, glucagon Proposition de télésurveillance Pompe à insuline
Expert 52	il faut regrouper par thèmes des incantations redondantes MTTV à faible niveau de preuve
Expert 53	IL serait intéressant d'avoir des schémas récapitulatifs selon les différentes populations. Les rappels pour aide à l'APA, le conseil nutritionnel, l'entretien de la motivation et l'évaluation du retentissement psychologique. La check-up list sur tous les éléments à identifier lors des premières consultations pour réaliser une prise en charge globale des sujets diabétiques de type 2. La consultation d'annonce sera t elle traitée dans le document parcours?
Expert 55	cf 148
Expert 64	on aurait pu préciser le bénéfice CV et rénal des iGLT2 et GLP1
Expert 65	Plus d'informations sur les conseils alimentaires pour perdre du poids: dire clairement réduction modérée de l'apport énergétique. Je pense qu'il convient d'ajouter une proposition concernant la limitation de la consommation de graisses saturées et des calories "vides" (sucres ajoutés, boissons sucrées, sans valeur nutritionnelle)
Expert 70	Concernant ma spécialité je pense que le rôle du kiné dans l'apa est pas assez mis en avant et surtout le lien que celui ci peut avoir avec les APA les psycho les médecins dans la réussite d'un projet dynamique basé sur l'augmentation des activités et la modification des habitudes de vie
Expert 73	Les notes d'information de l'ANSM (déjà précisées pour le aGLP-1
Expert 74	même si ces recos ne portent pas sur les objectifs glycémiques il serait judicieux de les rappeler dans le document
Expert 76	Eviter un équilibre trop rapide en cas de rétinopathie diabétique préproliférante ou proliférante non traitée En cas d'œdème maculaire diabétique, chercher une HTA sous jacente par la réalisation de Holter TA des 24h Rythme de surveillance du FO pendant la grossesse

Proposition 150

Faudrait-il joindre des annexes ? (Si oui, préciser lesquelles)

Valeurs manquantes : 8

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.62

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	26	42

Expert	Commentaires
Expert 2	peut être ajouter des documents pratiques à destination des médecins généralistes ou des patients sur ETP et sur objectifs personnalisés
Expert 5	annexe sur les facteurs de risque cardiovasculaires dont la présence ou l'absence peut modifier la prise en charge notamment le choix médicamenteux.
Expert 6	la fréquence du dépistage de la MRC et les critères d'adressage d'un patient DT2 au néphrologue pourraient être ajoutés (cf recommandations HAS MRC)
Expert 8	arbre décisionnel sur la prise en charge médicamenteuse
Expert 9	un glossaire mais ça semble prévu
Expert 10	des arbres décisionnels seraient bienvenus même si un peu complexes.
Expert 12	on pourrait imaginer, compte tenu de la complexité de la stratégie thérapeutique médicamenteuse, l'ajout d'un document comme celui qui est utilisé par l'Inca concernant la prise en charge des anomalies cytologiques avec des renvois "en ligne": petites icônes et liens hypertextes. (https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwic09nVzqKDAxWGS_EDHUdwA9YQFnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F275217%2F3904380%2Ffile%2FConduite_a_tenir_devant_une_femme_ayant_une_cytologie_cervico_uterine_anormale_Reco_mel_20190924.pdf&usq=AOvVaw0KUHFU4iVI7Ehozv9nm_si&opi=89978449)
Expert 16	rôle de chaque professionnel dans le cadre d'un ETP
Expert 17	un schéma (cf SFD EASD)
Expert 19	Les annexes sont présentées dans l'argumentaire. En cas de doute, on peut se reporter à l'argumentaire ... comme je l'ai fait !
Expert 34	arbres décisionnels
Expert 37	tableau d'objectif d'HbA1c individualisé tableau récapitulatif des modes d'action / avantages / inconvénients des différents traitements médicamenteux disponibles
Expert 44	un arbre décisionnel ou un tableau récapitulatif est toujours apprécié des cliniciens.
Expert 50	Organigramme, tableau synthétique résumant les traitements et règles hygiéno-dietétiques
Expert 51	fiches synthèses des recos HAS en lien (obésité, ETP, stratégie médicamenteuses etc...)
Expert 52	arbres décisionnels pour les différentes situations cliniques
Expert 53	cf commentaire précédent

Expert 55	cf 148 et peut-être des exemples de stratégies médicamenteuses sous forme de flow chart
Expert 56	Outil d'aide à la décision Tableau de l'utilisation des antidiabétiques selon la fonction rénale
Expert 60	algorithmes décisionnels synthétiques
Expert 64	référentiel SFD 2023
Expert 68	Synthèse sur la stratégie médicamenteuse
Expert 74	objectifs glycémiques
Expert 76	Annexes 1, 2 et 3

Proposition 151

Avez-vous d'autres commentaires ?

Valeurs manquantes : 10

Valeur minimum : 1

Valeur maximum : 2

Médiane : 2

Moyenne : 1.78

Valeur de cotation	Libellé
1	Oui
2	Non

Distribution des réponses par cotation en nombre

Echelle de cotation	1	2
Nombre de réponses	15	51

Expert	Commentaires
Expert 1	Il est regrettable de ne pas pouvoir déposer de documents d'un poids > 2048 kBytes pour argumenter les réponses sachant que les fichiers pdf dépassent tous ce poids numérique
Expert 8	Merci pour le travail effectué et ces nouvelles recos qui seront bien utiles !
Expert 9	de façon générale, les effets secondaires des traitements ne sont pas présentés+++
Expert 12	beau travail, bien abouti et exhaustif
Expert 16	dans une fiche annexe doit-on détailler une fiche type à suivre pour un ETP pluridisciplinaire??? une fiche alimentation explicative sur la nature des différents nutriments attendus (IG, sucres simples/complexes, les MG saturées/insaturées ...) comportement alimentaire : faim/rassasiement, hyperphagie, tachyphagie une fiche hypo et resucrage fiche podo pour le soin des pieds ...
Expert 17	pour la prévention CV 1° mettre le renvoi vers les reco spécifiques +++
Expert 18	suivi indispensables de femmes atteintes de diabète gestationnel et que l'on perd de vue et qui risquent de développer un DT2
Expert 24	* Il manque éventuellement des recommandations quant à l'accompagnement psychologique

	permettant de développer des compétences d'adaptation à la maladie, indispensables lors de la découverte du diabète, l'accompagnement vers une motivation au changement des habitudes de vie, l'apparition d'une complication, l'intensification médicamenteuse avec contrôle glycémique et traitement injectable. Les infirmiers et IPA sont formés à cet accompagnement. En cas de difficultés l'orientation vers un psychologue est nécessaire Des recommandations spécifiques concernant Le dépistage du Syndrome d'apnée du sommeil et de la maladie hépatique peuvent également être formulées. * SAOS : pour toute personne DT2, la réalisation du score d'Epworth est recommandé tous les 5 ans. Au regard des résultats obtenus, la réalisation d'une polygraphie est recommandée * BHC : exploration annuelle par un BHC - Fibroscan
Expert 37	Cette réactualisation des recommandations de prise en charge du diabète de type 2 est indispensable, suite aux innovations majeures dans l'approche thérapeutique dans ce domaine, qui se poursuivent à l'heure actuelle, ce qui les rendra sûrement déjà "obsolètes" lors de leur publication. Il serait utile de pouvoir modifier le texte avec plus de souplesse et de réactivité qu'un circuit de recommandation nationale à l'avenir
Expert 38	excellent et énorme travail de synthèse : BRAVO !
Expert 40	je crains que la pratique de terrain rende difficile le respect des recommandations dans l'état actuel, apport de l'IA probable dans les processus décisionnels mais reste le problème du savoir faire médical en terme de prise en charge
Expert 52	je présume que l'utilisation ponctuelle de la pioglitazone n'a pas été considérée alors que cette molécule conserve une AMM dans 95% des pays et s'avère électivement indispensable dans de rares situation d'insulinorésistance le logiciel de commentaire est globalement très bien fait Mais il est regrettable que le reviewer ne puisse pas exporter le pdf de ses commentaires pour archivage personnel
Expert 56	Relecture attentive nécessaire car nombreuses coquilles et fautes d'orthographe
Expert 65	Dans l'ensemble j'ai l'impression que ces recos sont en phase avec la position SFD 2023, ce qui est excellent pour les praticiens, qui ainsi ne détectent pas de contradiction notable.
Expert 72	Dans un autre document, peut-être envisager les sujets suivants : objectifs cibles A1c et fructosamine en cas d'A1c non utilisable Prise en charge du pré-diabète

Expert	Date de validation
Expert 1	03/01/2024
Expert 2	31/12/2023
Expert 3	08/01/2024
Expert 4	23/12/2023
Expert 5	08/01/2024
Expert 6	18/12/2023
Expert 7	20/12/2023
Expert 8	03/01/2024
Expert 9	03/01/2024
Expert 10	02/01/2024
Expert 11	29/12/2023
Expert 12	22/12/2023
Expert 13	06/01/2024
Expert 14	01/01/2024
Expert 15	09/01/2024
Expert 16	29/12/2023
Expert 17	22/12/2023
Expert 18	09/01/2024
Expert 19	07/01/2024
Expert 20	22/12/2023
Expert 21	09/01/2024
Expert 22	08/01/2024
Expert 23	09/01/2024
Expert 24	28/12/2023
Expert 25	18/12/2023
Expert 26	10/12/2023
Expert 27	29/12/2023
Expert 28	04/01/2024
Expert 29	12/12/2023
Expert 30	03/01/2024
Expert 31	29/12/2023
Expert 32	03/01/2024
Expert 33	26/12/2023
Expert 34	03/01/2024
Expert 35	02/01/2024
Expert 36	08/01/2024
Expert 37	27/12/2023
Expert 38	17/12/2023
Expert 39	08/01/2024

Expert 40	08/01/2024
Expert 41	08/01/2024
Expert 42	18/12/2023
Expert 43	15/12/2023
Expert 44	03/01/2024
Expert 45	03/01/2024
Expert 46	03/01/2024
Expert 47	22/12/2023
Expert 48	09/01/2024
Expert 49	09/01/2024
Expert 50	08/01/2024
Expert 51	18/12/2023
Expert 52	03/01/2024
Expert 53	03/01/2024
Expert 54	02/01/2024
Expert 55	08/01/2024
Expert 56	08/01/2024
Expert 57	22/12/2023
Expert 58	28/12/2023
Expert 59	09/01/2024
Expert 60	03/01/2024
Expert 61	25/12/2023
Expert 62	08/01/2024
Expert 63	08/01/2024
Expert 64	26/12/2023
Expert 65	29/12/2023
Expert 66	03/01/2024
Expert 67	22/12/2023
Expert 68	22/12/2023
Expert 69	04/01/2024
Expert 70	03/01/2024
Expert 71	09/01/2024
Expert 72	04/01/2024
Expert 73	03/01/2024
Expert 74	03/01/2024
Expert 75	08/01/2024
Expert 76	31/12/2023